

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2011/511 - 1038/2012

Deres ref.

Saksbehandler
Liv Haugen,

Dato
07.02.2012

Høring - NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Helse Midt-Norge støtter intensjonene i NOU 2011:9, økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Prinsippet om frivillighet før tvang må nedfelle seg i måten hele behandlingsaksen organiserer seg på – fra fastlege/ psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten, via ambulant virksomhet, poliklinikk og DPS i spesialisthelsetjenesten. Det overordnede målet må være unngå at behovet for å bruke tvang oppstår.

Når det likevel skjer, må det være fokus på hvordan tvang utøves. Den enkeltes opplevelse av bruk av tvang som overgrep og integritetskrenkende vil kunne stå og falle på hvordan innleggelsen skjer og hvordan møtet med avdelingen erfares.

Som RHF står vi langt fra behandlingshverdagen. Det er vanskelig å vurdere hvordan de foreslåtte endringene ifht f.eks beslutningskompetanse vil slå ut – vil de i realiteten styrke eller svekke individets rettssikkerhet?

To av våre foretak (St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF) er skeptiske til de foreslåtte endringene, både når det gjelder beslutningskompetanse, behandlingvilkår, og farevilkår.

Vurderingen av observasjonstiden forut for vedtak om tvangsbehandling med medikamenter, avhenger av to aspekter:

- Vektlegging av betydningen ved å komme tidlig til med medikamentell behandling
- Muligheten for å oppnå frivillighet ved å bruke noe lengre tid før vedtak fattes.

Det vil kunne være noe ulikt faglig skjønn på hvor mye som tapes ved å avvente behandling i 2-3 døgn vektet mot muligheten for å oppnå frivillighet.

Helse Midt-Norge har ikke tilbakemeldinger fra egen region som tilsier at det skulle være behov for å endre dagens etablerte kontroll- og overprøvingsordninger.

Med vennlig hilsen



Nils Hermann Eriksson
Direktør for helsefag, forskning og utdanning



Liv Haugen
Seniorrådgiver

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Att.:

Vår referanse
11/6024-3/ASERIA
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
1.2.2012

Svar - Høring - NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Generelle kommentarer om utvalgets intensjoner og forutsetninger

St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern er enig i at inngrep overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal være gjenstand for faglig og demokratisk kontroll. Vi støtter også målsettingen om at bruk av tvang bør reduseres. Et godt virkemiddel for å lykkes med det er å styrke tiltak og tjenester som vektlegger frivillighet. Vi ser ikke at dagens lovgivning er til hinder for en human bruk av tvang. Vår erfaring tilsier at tvang, når den utøves riktig og forsvarlig, er et virkemiddel som kan gi bedre liv og hindre forverring for mange pasienter. Det viktige er hva slags innhold tvangen fylles med. Etter vår mening er det her forbedringspotensialet ligger. Vi deler Rådet for Psykisk Helses oppfatning om at redusert bruk av tvang kan oppnås ved tidlig innsats og mer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, før situasjonen gjør at tvang ikke kan unngås.

Lovforslaget bygger på en antakelse om at når terskelen for utøvelse av tvang blir høyere, vil behandlingen bli mer human, og at det å bli utsatt for tvunget vern kan være i konflikt med menneskerettighetene. Vi tviler på riktigheten av dette og frykter at det nye lovforslaget vil gjøre tilværelsen vanskeligere for de dårligste pasientene fordi den nødvendige kontinuiteten og behandlingsrelasjoner vil kunne bli brutt. Det er et uttalt mål å styrke kvaliteten i behandling og oppfølging for dem som har langvarige, ofte livslange lidelser og med mange og ofte lange tilbakefall i løpet av livet. Slik vi ser det, er tvang ikke uforenlig med det å bygge relasjoner med pasientene. Det kan derimot ofte gi tid og mulighet til å bli kjent med pasienter som i utgangspunktet ikke ønsker behandling. Dersom adgangen til å avslutte behandling økes, vil mange mennesker få et dårligere liv. Vår helhetsvurdering er derfor at lovforslaget vil bidra til å svekke kontinuiteten i behandling og oppfølging for mange av dem som har de mest alvorlige psykiske lidelsene.

Det arbeides intensivt med å bygge behandlingsallianser med pasienter som tidligere har hatt utilfredsstillende hjelp. Bruk av tvang (uten døgnopphold) har vist seg å være et viktig virkemiddel for å etablere og beholde allianser. Vi har f. eks tallrike erfaringer med at mennesker som har vært tilstrekkelig lenge på tvunget vern uten døgnopphold, kunne overføres til frivillig vern.

Mangel på innsikt i egen sykdom og behov for behandling kan ofte være fraværende, også når pasienten ellers er symptomfri. Dette problematiseres ikke i utredningen. Innenfor rammene av tvang kan mye være frivillig, slik vi ser det. Omvendt kan det ligge mye skjult tvang i frivillig behandling. Det å ikke gi behandling til mennesker som er klart behandlingstrengende er uetisk. Flere gjentatte psykoser gir dårligere livskvalitet. Fra et menneskerettighetssynspunkt kan det diskuteres om det å la et menneske leve under umenneskelige og nedverdiggende forhold kan forsvares (Jfr EMK artikkel 3, Forbud mot tortur). Dersom terskelen for bruk av tvang heves, vil mange med alvorlige psykoselidelser som trenger et visst nivå av spesialisthelsetjeneste hele livet, kun få symptomlindring og bli utelukket fra den nødvendige vedlikeholdsbehandlingen. Dette vil også kunne skje for mange

unge nysyke, som ellers ville hatt en god prognose. Lovendringen kan, slik vi ser det føre til at lidelsene for mange i denne gruppa kan utvikle seg til å bli kroniske. Dersom lovverket endres i tråd med utvalgets forslag, vil tyngdepunktet på nytt dreies mot hospitalisering i sykehus, i akuttavdelinger, sikkerhetsavdelinger, skjermet / intensivavsnitt. Dette vil skje fordi kontinuitet og vedlikeholdsbehandling vil bli redusert.

Utredningen ser videre ut til å bygget på en antakelse om at økt krav til dokumentasjon og overprøving av tvangsbruk, vil bidra til å regulere/ minimere bruken av tvang. Slik vi ser det, inneholder forslaget flere elementer som byråkratiserer og binder opp spesialister i annet en direkte pasientkontakt. Dette gjelder f. eks kontrollfunksjoner, der ansvarlig spesialist skal rådføre seg med annet kvalifisert personell før vedtak fattes (1.2.3 og 1.2.4.1). Lovforslaget vektlegger en økt grad av rettslig prøving, med større grad av advokatbistand. Vi kan ikke se at disse forslagene vil kunne føre til en så vesentlig redusert bruk av tvang, økt selvbestemmelse og rettsikkerhet at det kan forsvare de økte kostnadene forslaget vil medføre. Dokumentasjonskrav vil enten føre til behov for mer ressurser, eller til mindre behandling. Det kan bidra til å senke motivasjonen for å arbeide med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser fordi det ikke vil oppleves meningsfullt eller etisk riktig og fordi behandlerrollen vil nedtones på bekostning av administrasjon. Tendensen i lovgivningen tvinger behandlere over i en rolle som er uforenlig med god behandling, slik vi ser det.

Kommentarer til de enkelte forslagene

1.2.1 Styrking av pasientenes selvbestemmelse

Vurdering av pasientens *beslutningskompetanse* skal styrke retten til å nekte behandling. Dette reguleres i dag først og fremst av "rimelighets- eller helhetskriteriet". I praksis dreier dette seg om pasienter som lider av vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner og som fungerer forholdsvis godt innenfor sine sosiale system, og hvor tvangsinnleggelse eller tvangsbehandling ikke antas å bedre pasientens situasjon eller livskvalitet. Dersom begrepet *beslutningskompetanse* skal få en presis og konkret praktisk betydning for mer enn noen få pasienter, må det tolkes snevert. Siden mange med alvorlige psykiske lidelser, selv i velkompenserte perioder, mangler innsikt i sin egen sykdom, vil ny praksis kunne medføre flere psykotiske personer ute i samfunnet. Dette vil være utfordrende, ikke først og fremst for psykisk helsevern, men for pårørende, kommunene, befolkningen og rettsvesenet. Erfaringer fra våre akuttposter tyder på at toleransen for personer med dårlig funksjonsnivå og påfallende atferd ute i samfunnet er synkende. En bedre løsning ville det være om statlige myndigheter avklarer hvilken grad av toleranse for psykotiske symptomer samfunnet skal ha, og hva som bør være et tolerabelt funksjonsnivå for psykotiske pasienter.

Begrepet *beslutningskompetanse* vil også få implikasjoner for vurdering av tilregnelighet. En pasient som har *beslutningskompetanse* må nødvendigvis være tilregnelig. Dette vil stride mot dagens medisinske prinsipp hvor pasienter med diagnosen schizofreni oppfattes som strafferettslig utilregnelig selv om den kriminelle handlingen ikke er psykotisk motivert. Om en pasient med beslutningskompetanse ikke kan gis behandling og han eller hun i psykotisk tilstand begår kriminelle handlinger, skal de da straffes? Mange pasienter som lider av schizofreni er i stand til å planlegge og å utføre kompliserte kriminelle handlinger, for eksempel innbrudd. Disse vil etter vår mening måtte vurderes som *beslutningskompetente* og dermed som tilregnelige.

Innføring av begrepet *beslutningskompetanse* vil derfor skape større problemer enn det løser, slik vi ser det. Begrepet er vanskelig å tolke, og det vil åpenbart ikke være synonymt med psykose. Problemene med å finne klare og objektive kriterier for når en psykotisk pasient er beslutningskompetent, vil kunne øke forskjellene mellom institusjoner når det gjelder bruk av tvang. Dersom begrepet allikevel blir valgt i den nye lovteksten, bør det innføres også i annen helselovgivning i Norge.

1.2.2.2 Behandlingsvilkåret

Utvalget foreslår at pasienter som gjenvinner sin *beslutningskompetanse* skal ha krav på å skrives ut. Dette forslaget er uttrykk for en intensjon som omsatt i klinisk praksis vil kunne gjøre skade. Det er bekymringsfullt, slik vi ser det å skulle sende ut en syk pasient som man vet vil slutte med sin medisiner og dermed raskt bli sykere igjen. Dersom dette får skje flere ganger for en og samme pasient, vil prognosen og hele livssituasjonen for dette mennesket (også for familien) forverres betraktelig.

Vi er uenige i pkt 1.2.2.2. siste avsnitt, der det foreslås at *suicidale pasienter* skal kunne tvangsinnlegges og holdes tilbake i tre dager på tvungen observasjon selv om de er *beslutningskompetente* og selv om de ikke lider av psykose. Om lag 60 % av pasienter som innlegges på vår akuttavdeling har suicidale tanker. Dette er altså et svært hyppig forekommende fenomen, mens suicid forekommer relativt sjelden. Dersom en her ser bort fra de få pasientene som lider av alvorlig psykisk lidelse med suicidale tanker, finnes det liten anvendbar kunnskap om hvordan man positivt skal kunne predikere hvem som faktisk er suicidale. Derimot finnes mye kunnskap om hva det kan gjøre disse menneskene å bli utsatt for tvang. Ved vår akuttavdeling arbeides det strukturert med avtaler om "åpen retur" for å unngå innleggelse for pasienter som hyppig uttrykker suicidale handlinger/ utøver selvskading. Dersom forslaget blir vedtatt, vil slik praksis ikke lenger gi mening. Vi frykter at forslaget vil kunne skade mer enn det vil hjelpe. Dersom lovverket muliggjør tvangsinnleggelse ved selv den minste mistanke om suicidale tanker, ville det kunne føre til at pasienter lar være å snakke om sine tanker og planer om å ta livet sitt, i redsel for å bli tvangsinnlagt. Dette forslaget er i konflikt med utredningens øvrige verdigrunnlag, slik vi ser det. Vi stiller oss undrende til at lovutvalget på dette punktet svekker rettssikkerheten for store pasientgrupper. Vi mener at dagens nødrettsbestemmelser i Straffeloven ivaretar de situasjonene det her siktes til..

1.2.2.3. Farevilkåret

Vi ser det som uheldig å svekke grunnkriteriet om alvorlig psykisk lidelse i tilfeller der pasienten utgjør en fare for andre. Vi er derfor tilfredse med at dette foreslås opprettholdt. Det vil være merkelig hvis lovutvalget på den ene siden svekker muligheten for å behandle psykotiske pasienter og på den andre siden gjør vold og kriminalitet til psykiatriske problemer som kan hjemle tvangsinnleggelse. Vi mener at mennesker med alvorlig psykisk lidelse som utgjør en fare for andre også skal ha krav på rettssikkerhet.

1.2.4.1. Behandling uten samtykke, herunder tvangsmedisinering.

Vi er uenige i begrunnelsen for å forlenge observasjonstiden fra 3-6 døgn, jf lovutkastet § 5-4 tredje ledd. Mange pasienter som har psykoselidelser og som blir innlagt i akuttavdeling, har gått i lang tid uten adekvat medisinering og behandling. Boligpersonell, pårørende og andre hjelpeinstanser har ofte observert pasientene lenge. Etter vår vurdering er det ikke behov for å observere en psykotisk pasient utover 3 døgn før behandling igangsettes. Dersom forslaget blir vedtatt, vil vi måtte utsette en psykotisk pasient for flere tvangsmidler, det vil oftere være behov for intensivt avsnitt etc. En utvidelse av observasjonstiden, vil, slik vi ser det være i konflikt med eksisterende anbefalinger om å redusere varighet av ubehandlet psykose.

1.2.5. Kontroll- og overprøvningsordninger.

Det er heller ingen god ide å endre Kontrollkommisjonens funksjon. I følge vår erfaring er Kontrollkommisjonen et godt fungerende kontrollorgan. Vi betviler at egne tilsynsutvalg uten den formelle tyngden som dagens Kontrollkommisjon har, vil kunne få en tilsvarende innvirkning på drift og beslutninger. Kontrollkommisjonens erfaring, ekspertise og nærheten til de kliniske miljøene er et vesentlig virkemiddel for dialog og forbedring. Det nye forslaget vil kunne svekke pasientenes rettsvern i den daglige behandlingssituasjon. Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker har et annet arbeidsområde. Det at klagesaker skal fremmes direkte i fylkesnemnd, er dessuten i seg selv bekymringsfullt. Vi tror det vil kunne oppleves belastende for mange syke pasienter å måtte møte i

en rettsinstans utenfor sykehuset, og vi frykter at det dermed kan bidra til å heve terskelen for dem som ønsker å klage. Dette vil i særdeleshet gjelde de unge pasientene, som kan komme til å trekke seg om det blir for omfattende. I tillegg vil forslaget føre til mer papirarbeid og saksbehandling.

Dersom det er slik at Kontrollkomisjonene noen steder ikke har fungert etter intensjonen, kan det være en løsning å gjennomføre felles kompetanseheving i landets kommisjoner, gi klare retningslinjer og slik sørge for en mer lik praksis. Det er ingen god løsning å fjerne dagens ordning.

1.2.3 Styring av prosessuelle rettigheter ved etablering av psykisk helsevern

Forslaget om plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell før vedtak, vurderes som unødig byråkratisering, og pulverisering av ansvar. Ansvar må følge myndighet. Slik dette fungerer i dag, blir vedtak fattet i et klinisk miljø, der innspill fra andre yrkesgrupper er viktige premisser for vedtak.

14.9.5 Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern..

For de av våre pasienter som trenger lang tids behandling, vil en slik endring føre til gjentatt fornedring i kontrollkomisjonen. De vil bli konfrontert med egen lidelse og sviktende ressurser. Dette bringer oppmerksomheten bort fra det god behandling skal dreie seg om; fokus på ressurser, på håp, på framtida. Slik vi ser det blir fokus på behandling ofret mot økt krav til dokumentasjon. Det vil stjele verdifull tid som kunne blitt brukt til bedringsprosesser og forsterke fokus på tvangsaspektet, som i virkeligheten ofte oppleves kun som en liten del av behandlingen. Egenmestring utvikles gjennom gradvis overføring fra ytre til indre kontroll og vil kunne svekkes ved gjentatt oppmerksomhet på ytre kontrolltiltak.

14.9.6. Klageadgang for offentlig myndighet og nærmeste pårørende på begjæring om bruk av tvang som ikke er tatt til følge.

Vi mener det er uheldig at pasienter og pårørende ikke skal ha klagerett over beslutninger om ikke å anvende tvang og stiller oss uforstående til begrunnelsen for at en utenforstående instans skal inn også her. Det er sannsynlig at den som skal gjøre den nye vurderingen allerede har kjennskap til saken gjennom kollegiale drøftinger. I så fall vil det kunne bidra til svekket rettssikkerhet. Når det i dag er få (mindre enn ti) slike klager i løpet av året, tror vi det beror på at lovhjemmelen om informasjon og klagerett for pårørende ikke er tydelig nok

Konklusjon

Ved å heve terskelen for bruk av tvang, kan lovforslaget, dersom det blir vedtatt bidra til en dreining i retning mer akuttbehandling og mindre oppfølging, rehabilitering og vedlikehold av funksjonsnivå. Konsekvensen av dette vil i så fall være en reversering av de siste års satsing på tjenester som styrker frivillighet, kontinuitet og behandlingsallianser. Dette gjelder bl.a. ambulante rehabiliteringsteam, pasientforløp som utarbeides av kommuner og helseforetak i fellesskap, samarbeid om boliger med omsorgsbasis er noen aktuelle tiltak. På den måten vil en lovendring kunne ramme de mest sårbare av våre pasienter; dem som har de mest alvorlige lidelsene og som risikerer forverring uten tidlig intervensjon og tett oppfølging. Det er mye forskning som bekrefter faren for funksjonstap og symptomforverring ved ubehandlet psykose og risikoen for forverring ved hvert nytt psykosegjennombrudd.

Det viktigste virkemiddelet til redusert bruk av tvang er økt samarbeid og felles innsatsen før situasjonen gjør tvang unngåelig.

Med vennlig hilsen

Liv Sjøvold
Divisjonsjef

Åse Riaunet
Rådgiver