

## HØRINGSUTTALELSE

NOU 2011:9

### ØKT SELVBESTEMMELSE OG RETTSSIKKERHET

Undertegnede ledere av kontrollkommisjonene i Øvre og Nedre Buskerud og varaleder i Nedre Buskerud har gjennomgått ovennevnte utredning og vil komme med følgende kommentarer:

Det er ingen uenighet i forhold til det overordnede mål, at det er ønskelig å redusere tvangsbruken i det psykiske helsevernet.

Vi mener imidlertid at dette er fullt mulig med den loven vi har i dag der de siste endringene ble gjort i 2006.

Dagens lovverk tilfredsstillende kravene fra EMD og gir denne pasientgruppe en tilfredsstillende rettssikkerhet når loven følges.

Når det gjelder **tvangsinnleggelse**, er det vår erfaring at nødvendigheten av slik innleggelse blir nøye vurdert, men at det i mange tilfelle kan stilles spørsmål ved om ikke et behandlingstilbud burde vært etablert før det ble nødvendig med tvangsinnleggelse.

Dette problem løser man imidlertid ikke ved å endre loven, men ved å bygge opp helsetjenesten slik at den fanger opp pasientene på et tidligere tidspunkt og gir dem tilbud som kan hindre at det blir nødvendig med slik innleggelse.

Det vil alltid være en avveining mellom menneskers rett til selv å bestemme over eget liv og behandling for sykdommer og helsepersonells plikt til å yte helsehjelp.

Gjeldende lov har noen prinsipper som fungerer i dag, og som har skjønnsstema som er relativt greie å forholde seg til.

Et av disse er vilkårene for **frivillig innleggelse** der frivillighet må være basert på at pasienten har samtykkekompetanse, nemlig at han eller hun vet hva en innleggelse innebærer.

Etter vår mening bør dette fortsatt være et grunnleggende prinsipp.

I lovforslaget snues dette på hodet, idet pasienter uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg innleggelse, skal tas imot som ”frivillig” innlagt. Det skal også kunne anses som frivillig innleggelse, dersom pasienten kan ”påvirkes ved overtalelse eller annen påvirkning som er vanlig i samhandling mellom mennesker”.

Her vil man nok på papiret kunne få redusert tvangsinnleggelse, idet en del innleggelse som er tvang etter dagens lovverk, etter nye regler vil bli karakterisert som ”frivillige”. Dette er etter vår mening ”skjult tvang.”

Kontrollorganenes prøving vil i alle tilfelle bli vanskelig.

#### **Retten til å si nei**

Forslaget innfører rett for den som har beslutningskompetanse til å kunne si nei til helsehjelp. Beslutningskompetansen er definert i pasientrettighetslovens § 4-3 og vurderingen er basert på helsepersonellens skjønn.

Det er sagt klart at ingen som har beslutningskompetanse og som nekter å ta imot helsehjelp, kan tvangsinnlegges. Etter vår mening vil helsepersonellens plikt og ønske om gi nødvendig og forsvarlig behandling i en rekke tilfelle føre til at pasienter blir definert som ikke beslutningskompetente for å kunne hjemle en tvangsinnleggelse.

Dette fører igjen til at man må vurdere spørsmålet om hva pasienten ville ha ment dersom han eller hun var beslutningskompetent.

I tillegg til de nødvendige og relativt omfattende vilkår som i dag settes for å kunne anvende tvungent vern eller tvungen observasjon, er det i forslaget ytterligere to **absolutte** vilkår for å anvende tvang på bakgrunn av behandlingsbehov..

- pasienten må mangle beslutningskompetanse
- det må antas at pasienten ville sagt ja til helsehjelp dersom han/hun hadde beslutningskompetanse.

Vurderingstemaet ved antatt samtykke er ytterst vanskelig - for førstegangs innlagte pasienter omtrent umulig.

I tillegg har man et antall pasienter som avslutter behandling så snart funksjonsnivået er kommet til et visst nivå, og som raskt får tilbakefall og legges inn på nytt. Disse er det i dag klar praksis for at kan holdes på tvang selv om beslutningskompetansen er kommet tilbake. Etter forslaget er fortsatt tvang utelukket, og sannsynligvis også nyinnleggelse fordi det i disse tilfelle vanskelig kan antas samtykke selv om beslutningskompetansen er bortfalt ved forverringen av sykdommen.

Dette vil føre til at en del pasienter som i dag er på tvang uten grunn, går til grunne.

I kommentaren til vilkåret om antatt beslutningskompetanse i vilkårene for tvungen observasjon og tvungent vern, sies noe om at "helhetsvurderingen" nærmest kan overstyre vilkåret om antatt samtykke. Dette er lovteknisk uholdbart. I loven sidestilles vilkårene – hvis utvalget mener noe annet enn det som står i lovteksten, bør teksten forandres.

Kravet om manglende beslutningskompetanse faller bort der etablering av tvungent vern er nødvendig på grunn av at pasienten utgjør nærliggende og alvorlig fare **for andre**.

Hvis man ikke går bort fra forslaget om at pasienter med beslutningskompetanse har rett til å si nei, bør man i det minste opprettholde muligheten til tvangsinnleggelse for pasienter som er til nærliggende og alvorlig fare for seg selv, der de øvrige vilkår for tvangsinnleggelse er tilstede.

### **Kontroll og tilsyn**

Det er foreslått å overføre kontrollkomisjonenes klagebehandling til fylkesnemndene.

Det er nok riktig at det er ulik praksis i en del av kommisjonene, men kontrollkomisjonene er et lavterskeltilbud for pasientene – å reise sak for fylkesnemnda tror vi er et tilbud som få pasienter vil orke å benytte seg av – noe som vil minske rettssikkerheten for pasientene.

Vi ønsker oss gjerne et overordnet organ for kommisjonene, mer erfaringsutveksling og mer skolering av nye medlemmer.

Dokumentkontrollen er viktig som kontroll og tilbakemelding til legene.

At det skal treffes vedtak om forutgående legeundersøkelse ved innleggelse er ideelt sett ønskelig, men antagelig ikke gjennomførbart. Svært mange innleggelser skjer akutt fra legevakt. Kanskje man heller burde vurdere å kreve spesiell godkjenning for leger som begjærer innleggelse til tvungent vern.

Vi er et behov for oftere vurdering av fortsatt tvang for pasienter under tvang uten døgnopphold, men synes hver 3. måned er for ofte. Hver 6. måned burde være tilstrekkelig.

Dagens klageadgang bør endres slik at ny klage kan fremsettes etter 3 måneder.

Endringene som foreslås er ikke kostnadsberegnet. At det vil koste, er nok sikkert. At det som er tilgjengelig av økonomiske ressurser bør settes inn for å bedre vilkårene for denne pasientgruppen og derved minske bruk av tvang, er det vel ingen uenighet om.

Vi tror ressursene bør settes inn på å gi tilbud til pasientene utover medisinerings – det er en nærmest total mangel på aktivitetstilbud, det er gamle nedslitte lokaler, liten bemanning, manglende tilbud fra kommunene ved utskriving – alt forhold som ikke på noen måte fremmer bedring.

6. februar 2012

Eli Aas  
leder  
Nedre Buskerud

Åse Schei  
varaleder  
Nedre Buskerud

Hedda Obstfelder  
leder  
Øvre Buskerud