

Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III

Innledning

Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III har ansvar for Regional sikkerhetsavdeling – Dikemark (RSA) og Psykiatrisk avdeling for personer med psykisk utviklingshemming og autisme (PPU). RSA dekker Helse Sør-Øst, mens tilbudet til PPU i utgangspunktet er landsdekkende. I 2011 besluttet Sosial og Helsedirektoratet at det skulle oppnevnes en kontrollkommisjon for Fængselspsykiatrisk poliklinikk i Oslo med oppstart 01.07.11. Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III fikk tildelt denne oppgaven. Denne kommisjonen har avgitt sin ut fra den angitte erfaringsbakgrunn.

§1-2 Psykisk helsevern

Dagens bestemmelse bygger på samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kap. 4 hvor det grunnleggende prinsipp er at helsehjelp ikke kan ytes med mindre pasienten samtykker til det. Tvungent psykisk helsevern er slik behandling og omsorg som pasienten ikke har samtykket til.

Utvalget foreslår her å fjerne seg fra dette prinsippet ved å definere tvungent psykisk helsevern som et psykisk helsevern som pasienten motsetter seg. Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III har ingen sterke synspunkter i den anledning. Det denne kommisjonen har sterke innvendinger mot, er utvalgets forslag om at det ikke ansees som tvang dersom motstanden fra pasientens side lar seg overvinne med overtalelse eller lignede påvirkningsformer som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker. Ved å innføre et slikt prinsipp, legges det opp til en vanskelig gråsoner mellom frivillighet og tvang som er helt uakseptabelt. Overtalelse er et begrep med lite fasthet og vil derfor være vanskelig å håndheve. Dertil inviteres det med en slik formulering til å påvirke pasienten. I den praktiske virkelighet er det vanskelig å skille mellom hva som er frivillighet og tvang i en situasjon hvor pasienten utsettes for overtalelse fra et system som lett kan fremstå som en overmakt.

Etablering, opphør og opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (TOBS/TPH).

Sannsynlighetsbegreper

På generelt grunnlag ønsker kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III at departementet foretar en gjennomgang av begreper som skal angi noe om sannsynlighetsgrad. Det er både i gjeldende lovgivning og utvalgets forslag brukt begreper som overveiende sannsynlig og stor sannsynlighet for og sannsynlig.

Denne kommisjonens oppfatning er at både begrepet overveiende sannsynlig og stor sannsynlighet stiller krav om at det må være mer sannsynlighet til stede enn en sannsynlighetsovervekt (51%) som ligger i det vanlig sannsynlighetsbegrepet.

Det blir for denne kommisjonen et tankekors når det både i gjeldende lov (§ 3-2) og i utvalgets forslag (§ 4-1) sies at det må være overveiende sannsynlig at TPH er oppfylt for at vilkårene for TOBS er til stede. I denne kommisjonens hode etableres nettopp TOBS fordi man er i tvil om at vilkårene for TPH er oppfylt.

Beslutningskompetanse

Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III har brukt tid på å vurdere om utvalgets innføring av beslutningskompetanse som et vilkår for å etablere TOBS eller TPH. Umiddelbart kan det høres naturlig og riktig ut at pasienter som har beslutningskompetanse ikke kan undergis noen form for tvang fordi det bør gis rom/legges til rette for at enkeltmennesker skal ta ansvar for eget liv og helse.

Hvis verktøyet beslutningskompetanse skal være et verdifullt virkemiddel ved vurderingen av TPH/TOBS, er det etter denne kommisjonens oppfatning viktig at de som skal bruke dette verktøyet har et klart forhold til hva som ligger i begrepet beslutningskompetanse. Denne kommisjonen må åpent innrømme at den ikke har det klart for seg hva som ligger i begrepet. Denne kommisjonen har uavhengig av

Paulsrudutvalgets innstilling tidligere foretatt en utspørring av faglig ansvarlige ved PPU og RSA om hva de legger i begrepet samtykkekompetanse og hvilke verktøy som er tilgjengelig for å vurdere om en pasient har samtykkekompetanse. Etter den tilbakemelding kommisjonen fikk, kan det synes som om ansatte der verken har en klar oppfatning om hva som ligger i dette begrepet eller er kjent med et verktøy som kan brukes som et hjelpemiddel. Hvis det er slik at denne oppfatningen er gjengs blant helsepersonell og de som skal håndheve loven, kan dette innebære store utfordringer og en innføring av et slikt begrep for å finne frem til en mer riktig håndheving av tvang, bør da ha et stort potensiale for gevinst, for å veie opp mot denne negative innvendingen.

Slik denne kommisjonen tenker, vil hovedtyngden av de pasienter som har en alvorlig sinnslidelse mangle beslutningskompetanse når det gjelder vurdering av egen psykiske sykdom. For de pasientene som har beslutningskompetansen i behold til tross for en alvorlig sinnslidelse, vil det åpenbart være viktig å bli tatt på alvor når det gjelder egne beslutninger. Dersom en pasient med en alvorlig sinnslidelse viser å ha en innsikt i forhold til håndtering av egen sykdom, vil dette etter denne kommisjonens oppfatning fanges opp av dagens system ved den rimelighetsvurderingen som alltid skal foretas når spørsmålet om etablering/opprettholdelse av TPH skal vurderes. For at avgjørelsesmyndighetene skal bevisstgjøres dette, ville det etter denne kommisjonens oppfatning muligens være fornuftig om dette bygges inn som et element i den helhetsvurderingen som skal gjøres, for eksempel i form at pasientens innsikt i sin situasjon også skal tillegges vekt.

Generelt om §§ 4-1 og 4-2

Slik disse bestemmelsene er utformet, legges det opp til svært mange skjønnstemaer ved etablering av TOBS og TPH. På generelt grunnlag finner denne kommisjonen at dette er uheldig og lett kan legge opp til en forskjellsbehandling. Det er etter denne kommisjonens oppfatning særlig betenkelig med en vurdering av en hypotetisk situasjon som beskrives i hhv § 4-1 nr. 7 og § 4-2 nr. 9.

Det denne kommisjonen imidlertid vil fremheve som svært positivt, er den formulering som utvalget har valgt for å beskrive bedringsalternativet i behandlingskriteriet. Det er denne kommisjonens erfaring at dagens formulering av bedringsalternativet i behandlingskriteriet svært ofte blir oppfattet å være forverringsalternativet - mest sannsynlig - pga. den negative tilnæringsformen som er valgt for å beskrive dagens bedringsalternativ.

Pårørende og offentlig myndighets klagerett

I forslaget § 4-6 er det fastslått at pasienten og pasientens pårørende skal har rett til å klage på etablering av TOBS/TPH.

I § 4-6, annet ledd er pårørende og offentlig myndigheters klagerett imidlertid blitt begrenset ved at vedtak om ikke å etablere TOBS/TPH ikke skal regnes som et enkeltvedtak og således ikke kan påklages. Etter gjeldende lov ansees slike beslutninger for å være vedtak som kan påklages og i praksis vil det ofte være nettopp pårørende eller offentlig myndighet som vil ønske en i slik klagesaksbehandling.

Etter denne kommisjonens oppfatning, gir ikke utvalgets forslag om at pårørende og offentlig myndighet i en slik situasjon kan kreve fornyet vurdering av annet helsepersonell en tilstrekkelig god rettsikkerhetsgaranti for at det blir truffet en riktig beslutning.

Denne kommisjonen er kjent med at det er en faglig uenighet mellom enkelte akuttavdelinger og representanter for offentlig myndighet i forhold til om TPH/TOBS skal etableres eller ikke. I slike situasjoner vil det være særlig viktig at et uavhengig avgjørelsesorgan tar stilling i saken slik dagens ordning legger opp til.

Av forslaget § 4-8, 6 ledd, fremgår det videre at et vedtak om opphør av TOBS eller TPH heller ikke kan påklages.

Pårørendes og offentlig myndighets klagerett er etter utvalgets forslag således begrenset til å ta til motmæle mot TPH og TOBS. Dette innebærer i praksis at dersom den/de pårørende ikke er enig med pasienten, bortfaller deres rettigheter til å få prøvd om det vedtaket den faglig ansvarlige har truffet er i overenstemmelse med loven.

Etter denne kommisjonens oppfatning bør en klagerett, være en rett til å få prøvd om et vedtak er i overenstemmelse med gjeldende lov. Dette bør i utgangspunktet gjelde uavhengig av hvilket utfall vedtaket har. Det er viktig å ha en erkjennelse av at vedtaksansvarlige kan ta feil både når TOBS/TPH etableres ikke etableres og når TOBS/TPH oppheves og at disse feilene kan korrigeres gjennom en klagesaksvurdering.

Dokumentkontroll

Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III er skeptisk til utvalgets forslag om at dokumentkontrollen skal falle bort. Denne kommisjonen er ikke uenig med utvalget i at det ikke er ofte at et vedtak om etablering av TOBS eller TPH blir opphevet av kommisjonen. Denne kommisjonen er også av den oppfatning det kan være behov for noen klarere retningslinjer for når kommisjonen skal sette et vedtak som den faglig ansvarlige har truffet til side. Selv om kommisjonens arbeid med å gjennomgå vedtak om TOBS og TPH ikke ofte fører til at vedtak blir opphevet, mener denne kommisjonen at den kontroll som utføres likevel har en verdi. Denne kommisjonens erfaring er at det ofte blir pekt på feil som gjøres ved etablering av TOBS og TPH og selv om dette ikke fører til at vedtaket blir satt til side, kan kommisjonens påpekinger ha en preventiv effekt. Et bortfall av kommisjonens dokumentkontroll, kan føre til at det blir mindre fokus på at vedtak om etablering av TPH og TOBS skal være innenfor lovens rammer.

Denne kommisjonen vil også gjøre et innspill når det gjelder definisjonen av begrepet dokumentkontroll. Dette er i dag nedfelt i phvls § 3-8, første ledd. Det arbeid denne og mange andre kommisjoner legger i dokumentkontrollen er i

realiteten mer omfattende enn det som fremkommer av § 3-8, annet ledd. Denne og andre kommisjoner går i tillegg til gjennomgang av etablering av TOBS og TPH gjennom alle mottatte overføringer for å se til at den faglig ansvarlige innen rimelig tid har gjort en selvstendig vurdering av om vilkårene for TPH er til stede. Denne kommisjonen vurderer også vedtak om overføring etter § 4-10 er fattet innenfor lovens rammer. Dertil kommer gjennomgang av alle vedtak som treffes etter kap. 4 i phvl. For denne kommisjonen er det underlig/misvisende at denne gjennomgangen defineres som en velferdskontroll og i hovedsak skal ha fokus på å gå igjennom tvangsprotokollene. En gjennomgang av tvangsprotokollene har etter denne kommisjonens oppfatning alene liten verdi hvis det ikke sees i sammenheng med at det også skal treffes formelle vedtak. Det er denne kommisjonens erfaring at det ikke sjelden gjennomføres tvang etter kap. 4 uten at det er truffet formelt riktig vedtak og også uten at det er truffet vedtak i det hele tatt. Denne kommisjonen mener derfor at den gjennomgang som kommisjonen gjør av kap. 4 –vedtakene har stor preventiv effekt og ikke minst ivaretar pasientens rettsikkerhet.

Denne kommisjonen vil derfor be om at departementet vurderer å utvide den dokumentkontroll som i dag utføres til å omfatte alle typer etablering og videreføring av tvang (§ 4-10) og i tillegg en gjennomgang av alle vedtak som gjøres etter kap. 4 i phvl.

Prøving av TPH med og uten klage.

Kontrollkommisjonens prøving av TPH av eget tiltak er i dag nedfelt i phvls § 3-8, annet og tredje ledd. I tillegg kommer det forhold at pasienten kan klage på TPH hver 6. måned.

Paulsrudutvalget legger opp til at kontrollinstansen av eget tiltak skal vurdere TPH en måned etter etablering. Deretter skal kommisjonen av eget tiltak vurdere om vilkårene for TPH er til stede hver tredje måned. TPH faller etter utvalgets forslag bort dersom TPH ikke forlenges hver tredje måned. I tillegg skal pasienten kunne fremsette klage hver tredje måned.

Utvalget foreslår videre at kontrollinstansens overprøvinger av eget tiltak som hovedregel skal skje i møte der faglig ansvarlig for vedtak, pasienten og dennes advokat er til stede.

Utvalgets forslag om at kontrollkommisjonen av eget tiltak skal prøve TPH etter en måned og deretter vurdere forlengelse av TPH hver tredje måned, kan umiddelbart virke som en god rettsikkerhetsgaranti for pasienter som er underlagt TPH. At det i tillegg skal avholdes et møte hvor både sykehus, pasient og advokat skal møte, kan også virke som en god rettsikkerhetsgaranti.

Når denne kommisjonen likevel ikke bifaller et slikt forslag, er det ut fra en tanke/bekymring om at mange pasienter kan føle at de blir pådyttet å delta i en "offentlig" vurdering av eget liv og sykdom som de ikke har bedt om.

I denne kommisjonens nedslagsfelt, befinner det seg svært syke pasienter hvor oppholdet på sykehuset for mange varer over lang tid. For mange av disse pasientene, vil det ut fra denne kommisjonens erfaring, være en svært stor belastning å både måtte forholde seg til en advokat hver tredje måned og i tillegg måtte bivåne en gjennomgang av sykdommen i et møte hvor kontrollkommisjon, sykehus i tillegg til pasienten og dennes advokat er til stede uten å ha et eksplisitt ønske om dette. Selv om møtene i kontrollkommisjonen legges opp på en for pasienten tilrettelagt måte, kan det være nokså krevende for mange pasienter å måtte fortelle om sin situasjon og i tillegg høre andres vurderinger. Dertil innebærer en slik ordning at pasientene i tillegg pådyttes en skriftlig avgjørelse, hvor man kan risikere gang på gang får beskjed om at det fortsatt vil være nødvending med en tvangsinnleggelse. På toppen av det hele skal vedtaket/avgjørelsen eventuelt gjennomgås sammen med advokaten for å vurdere om avgjørelsen skal bringes inn for retten.

Denne kommisjonen har god erfaring med de advokater som oppnevnes i forbindelse med klagesaker over TPH. En ordning med oppnevning av advokat uten at pasienten selv har fremmet en klage kan etter denne kommisjonens oppfatning føre til en belastning for pasienten og kan være med på at pasienten mister herredømme over eget liv og muligens også være med på å frata pasienten verdigheten.

Denne kommisjonen tror helt sikkert at tanken med en automatisk prøvelse av TPH og oppnevning av advokat er tenkt som en rettsikkerhetsgaranti, men er redd for at det vil oppleves vanskelig for svært mange pasienter å bli ivaretatt av denne rettsikkerhetsgarantien.

I den arbeidsvirkelighet denne kommisjonen befinner seg i, er det slik at alle de tremånedersvurderingen som den faglig ansvarlige gjør etter phvls § 4-9 gjennomgås av kontrollkommisjonen. Dette gjøres selv om dette ikke er en lovpålagt oppgave. Dersom kommisjonen har spørsmål i tilknytning til denne gjennomgangen, tas dette opp med den faglig ansvarlige. Det kan muligens være en tanke å nedfelle dette som en lovpålagt oppgave.

Oppsummeringsvis vil denne kommisjonen at gjeldende ordning nedfelt i § 3-8, annet og tredje ledd skal opprettholdes. Om kommisjonens vedtak etter dagens § 3-8, annet ledd fremskyndes, har den ikke noen sterk oppfatning om bortsett fra at et slikt opplegg ikke vil gå opp innenfor ett år og derfor vil føre til et rotete system. I tillegg er det etter denne kommisjonens oppfatning et ønske at dokumentkontrollen etter dagens lov § 3-8, første ledd, utvides og videre at kommisjonene av eget tiltak skal gjennomgå alle de vurderingene som den faglig ansvarlige gjør etter phvls § 4-9, men uten at det treffes vedtak.

Prøving av TPH/TOBS etter klage

Etter dagens ordning kan pasienten fremme en klage over TPH hver 6. måned, mens Paulsrudutvalget forslår at slik klage kan fremmes hver tredje måned. Denne

kommisjonen har mindre motforestillinger mot at pasienten får en slik rett, enn utvalgets forslag om kommisjonens prøving av eget tiltak. En mulig bekymring er at en aktiv bruk av en slik ordning vil applaudere/underbygge et motsetningsforhold mellom pasient og den faglig ansvarlige istedenfor å gi rom for en positiv samhandling med felles mål. En klagesaksordning hver tredje måned med slik forberedelse et slikt møte krever, vil også føre til at pasienten må bruke mye kraft på dette og som kan gå på bekostning av nødvendig deltakelse i et behandlingsopplegg.

Domstolsprøving

Både i gjeldende lov og i utvalgets forslag er det angitt at kommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon kan bringes inn for domstolene. Dette må forstås slik at kommisjonens vedtak om overføring til TPH uten døgnopphold ikke kan bringes inn for domstolene. Dette innebærer at en overføring til TPH uten døgnopphold som påklages til kontrollkommisjonen av pårørende, ikke kan bringes inn for retten. Ved overføringsvedtak etter § 4-10, er dette i praksis ikke veldig problematisk.

Det som etter denne kommisjonen imidlertid er svært uheldig, er at også dette gjelder for overføringer av TPH med døgnopphold til TPH uten døgnopphold for pasienter som er dømt til TPH. Den mest aktuelle situasjonen er at påtalemyndigheten mener at samfunnsvernet ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt ved TPH uten døgnopphold og derfor bringer saken inn for kontrollkommisjonen.

At kommisjonens vedtak om å ikke gi påtalemyndigheten medhold i en slik klagesak ikke kan bringes inn for domstolen, er etter denne kommisjonens oppfatning en helt uholdbar situasjon.

Dette vil blant annet kunne føre til at kommisjonen vil oppleve det som vanskelig å ikke å gi påtalemyndigheten medhold i sin klage. Denne kommisjonen har i sin praksis opplevet dette og må medgi at det var en ubehagelig opplevelse å måtte stå

eneansvarlig for at samfunnsvernet i tilstrekkelig grad ble ivaretatt ved en overføring til TPH uten døgnopphold. Denne kommisjonen har påpekt denne problemstillingen ved mange anledninger.

Kontroll – og overprøvingsordninger

Etter denne kommisjonens oppfatning er det mange kryssende hensyn når det gjelder å legge til rette for en god kontroll – og overprøvingsordning. Kommisjonen er for sin del ikke uenig i de prinsipper for en god ordning som er listet opp på side 209 i utvalgets utredning:

- oversiktlig og tilgjengelig for pasienten
- kort tid fra klage til overprøving
- riktig kompetanse og gode kvalifikasjoner hos kontrollinstansen
- forsvarlig og likeverdig saksbehandling

Når det gjelder tilgjengeligheten, har denne kommisjonen i sitt arbeid blant annet lagt opp til at alle nyinnlagte pasienter skal få et eksplisitt tilbud om å snakke med kommisjonens medlemmer og at kommisjonen på dette første møte med pasienten redegjør for hvilke rettigheter pasienten har og hvem som ivaretar disse rettighetene. For mange pasienter er dette første møte viktig for derigjennom å gjøre en eventuell engstelse for kontroll – og overprøvingsorganet mindre.

Når det gjelder oversiktligheten, er denne kommisjonen av den oppfatning at dagens ordning med at det er ett organ som er satt til å gjennomføre velferdsordning/dokumentkontroll og overprøvingsordning med på å skape en oversiktlig for pasienten. Dersom ansvaret splittes opp, vil pasienten måtte forholde seg til forskjellige mennesker/organer under oppholdet. Jo sykere en pasient er, jo mer utfordrende kan dette være.

Utvalget gir uttrykk for at det kan være vanskelig for pasientene å forholde seg til en kommisjon som pasienten i det ene møte åpner seg for, og ved neste møte å skulle bli overprøvd av. Med fare for å ikke se sin egen situasjon godt nok, er dette etter denne kommisjonens oppfatning ikke et stort problem i det daglige arbeid. For å si det på en annen måte, er det imponerende i hvor liten grad pasientene synes å være opptatt av dette. Denne kommisjonen tenker at dersom en pasient blir behandlet med verdighet vil det oppveie mulig vanskeligheter med å inneha flere roller i forhold til pasienten.

Motstykket til utvalgets innvending om manglende rollesortering, vil være at det kan være forvirrende for pasientene å måtte forholde seg til mange forskjellige mennesker/organer. I en kaotisk/psykotisk situasjon kan det være en utfordring å sortere hvilke problemstillinger som skal tas opp med hvilket organ.

Den breddekompetanse som oppnås ved at det er ett organ som utfører disse oppgavene gir også organet en større forutsetninger til å engasjere seg på riktig måte. Det er videre denne kommisjonens erfaring at en slik bredde og tilstedeværelse gjør at det opparbeides en kompetanse som legger til rette for at pasientene kan møtes på en god måte. En breddekompetanse er også viktig for at sykehusets arbeid kan ettergås i sømmene slik at pasientens rettsikkerhet blir ivaretatt på en god måte.

Denne kommisjonen er videre av den oppfatning at det er positivt at de som sitter i kontroll – og avgjørelsesorganet har et arbeidsmessig ståsted utenfor den psykiatriske hverdag. Brukermedvirkning som spesialkompetanse er bra, men ut over det er det viktig at de øvrige medlemmene har en allmenn kompetanse fremfor spesialisering. Det er derfor et fint prinsipp etter denne kommisjonens oppfatning at arbeid i kommisjonen er en bistilling/verv og ikke en hovedbeskjeftigelse.

En svakhet i dagens oppnevningssystem, er at det ikke i tilstrekkelig grad er åpenhet ved oppnevning av medlemmene og i særlig grad gjelder det oppnevning

av kommisjonens ledere. Dersom kommisjonssystemet skal videreføres, bør i det minste ledervervene tildeles etter åpen konkurranse. Det kan i tillegg være viktig at det er en form for ivaretagelse av at den enkelte kommisjon fungerer på en positiv måte. En slik ivaretagelse kan gjøres på forskjellige måter. En mulighet er at den enkelte kommisjonsleder får et ord med i laget når de øvrige medlemmer skal oppnevnes for nettopp å ivareta den interne dynamikken i den enkelte kommisjon.

Det er også viktig at kommisjonen ikke blir værende på samme sted over tid. Dagens ordning med begrenset oppnevningstid, er det derfor viktig å videreføre.

At kommisjonenes arbeid utføres på veldig forskjellige måter, er en svakhet, men i noen sammenhenger også en styrke. Fordelene er at arbeidet tilpasses det forhold at kommisjonens nedslagsfelt er veldig uensartet. Svakheten er at dagens system i litt for stor grad legger til rette for at den enkelte kommisjonen er kongen på haugen uten noen styring over denne kongemakten. Det er etter denne kommisjonens oppfatning uheldig at kommisjonens arbeid i liten grad kvalitetssikres og ettersees. Hvis hovedtrekkene i dagens system beholdes, bør det vurderes et overordnet administrativt system som er tettere på, enn det Helsedirektoratet er etter dagens system.

Avslutning

Paulsrudutvalget reiser mange problemstillinger denne kommisjonen ikke har kommentert. Det handler om at tiden ikke har strukket til. Høringsuttalelser hvor hele kommisjonen skal delta i prosessen er vel kanskje et eksempel på at kommisjonens arbeidsform ikke så godt egner seg for slikt arbeid.

For kontrollkommisjonen for
Oslo universitetssykehus, Ullevål III

Kirsten Langseth