

## KONTROLLKOMMISJON FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS ULLEVÅL II

Postboks 393, 2001 Lillestrøm  
Telefon 64842900 Telefax 64842922 Mob.tlf: 45023623  
Leder: kst.sorenskriver Petter J. Johnsen (petter.j.johnsen@domstol.no)

Helse- og omsorgsdepartementet  
Pb. 8011 Dep  
0030 Oslo

Høringsuttalelse til NOU 2011:9

### Til kapittel 16:

Det fremgår på side 210, 1. spalte, at det i dag er til sammen 29 dommere som har lederverv i en kontrollkommisjon (KK). Det er riktig at Domstolsadministrasjonen (DA) i en høringsuttalelse av 021107 var negative til at dommere skulle oppnevnes som ledere av KK. Realiteten har imidlertid vist at DA ikke motsetter seg slike oppnevninger. Eksempelet fra Rt. 2004 s. 583 er selvsagt svært uheldig, men det som fremkommer i dommen kaster et merkelig lys over de utnevnelser som det aktuelle fylkesmannsembete har foretatt ved å ikke ta hensyn til problemet med innhabilitet. Det er vanskelig å forstå at man ikke lett kunne ha unngått en slik situasjon som oppstod. Situasjonen er overhodet ikke typisk for hverdagen for dommere som er KK-ledere og kan uten problemer unngås hvis man fra fylkesmennenes side tenker seg om før oppnevninger finner sted. Selv har jeg vært KK-leder i ca. 20 år og aldri vært i nærheten av at en slik situasjon skulle oppstå. Det kan umulig være vanskelig å forutse om habilitet vil kunne bli et problem for den aktuelle domstol/dommer. At ingen av de berørte i forholdet omhandlet i Rt. 2004 s. 583 har vist nødvendig ansvar og sørget for at slike oppnevninger som der ble foretatt ikke skjedde, er både beklagelig og forunderlig. At saker etter psykisk helsevernloven blir brakt inn for domstolene, er således ikke noe argument i seg selv for at dommere ikke skal kunne være KK-ledere. Tvert imot kan det anses som en fordel at den som skal være dommer i en slik sak har erfaring fra saksområdet. Saksområdet er spesielt og ikke uten videre lett å forholde seg til for en dommer som ikke har erfaring. Siden DA i dag ikke følger opp sin argumentasjon fra 2007, er det vanskelig å forstå at Paulsrud-utvalget vektlegger Uttalelsen fra DA i 2007 betydelig vekt for sin vurdering om at dommere ikke skal være KK-ledere.

At vervene som KK-leder er bistillinger, er heller ikke noe argument mot at dommere kan ha slike verv. Gjennom mine ca. 20 år som KK-leder, har jeg avsatt tid 1 fast dag hver 14. dag til

KK-møter mv. og i tillegg ytterligere dager i den grad tilsynsområdet tilsier behov for det. Det har således for mitt vedk. aldri skjedd at jeg pga. manglende kapasitet/tid fra min side ikke har kunnet behandlet en klagesak innenfor den fastsatte fristen. Dette dreier seg kun om å disponere sin tid på en riktig og ansvarsbevisst måte. Jeg har imidlertid av Fylkesmannen aldri blitt spurt om min arbeidssituasjon tilsier at jeg har nødvendig tid til å utføre mitt verv som KK-leder i samsvar med lov og forskrift, og her ligger etter min vurdering mye av "hunden begravet". Selvsagt kan man si at den som sier ja til et slikt verv selv er ansvarlig for å vurdere sin kapasitet før han svarer. Ut i fra hva utvalget skriver, er det dessverre ting som peker i motsatt retning. Problemet er her at de som oppnevner medlemmer av kontrollkommisjoner tar ikke det ansvar de har med tilstrekkelig alvor. For dem kan det etter min erfaring synes som om det kun er et spørsmål om å finne det nødvendige antall hoder på en minst mulig arbeidskrevende måte som er det sentrale. Fylkesmannsembetene ser etter min erfaring sin oppgave som kun å være av administrativ art og ikke også av faglig art, hvilket man i og for seg godt kan forstå. H-dir. burde her komme sterkere på banen, i det det jo er her og i HOD det faglige ansvaret ligger. Ingen KK-leder bør oppnevnes uten at det er avklart at vedkommende har den nødvendige tid og kapasitet for øvrig til å utføre sitt verv i samsvar med lov og forskrift.

Jeg legger til orientering med vår møteplan for 2012. Vanskeligere er det ikke hvis man har vilje til å ta det ansvar en oppnevning som KK-leder innebærer.

Jeg understreker at jeg i alle år har hatt full saksportefølge på lik linje med de andre dommerne i min domstol.

Når det gjelder vedtakenes innhold og kvalitet, følger jeg gjerne utvalgets vurdering om et ønske om rutiner for kvalitetssikring og oppfølging. Årskonferansene kunne i mye større grad vært benyttet til det. I tillegg kunne man hatt sær møter for KK-ledere med spesiell fokus på skriving av vedtak og juridiske problemstillinger av ulik art.

Til avsnittet om velferdskontroll, bemerkes at den problemstilling som omhandles i siste avsnitt i første spalte på side. 211, kjennes svært fremmed for en som har hatt nærkontakt med psykiatriske pasienter i over 20 år. Det er stort sett pasientens sykdomstilstand som regulerer hvor mye kontakt vi har med den enkelte.

Selv om jeg i prinsippet kan dele utvalgets vurderinger i avsnitt 2 annen spalte på side 211, oppleves heller ikke dette som noe problem i hverdagen, snarere tvert imot. At det oppstår spørsmål om hvordan loven og forskriftene skal forstås, sier seg selv. Legers og psykologers forhold til lovgivning er ulik, og en del bestemmelser reiser vanskelige fortolkningsspørsmål. Intet er derfor mer naturlig enn at slike spørsmål tas opp i den dialog enhver KK bør ha med de faglig ansvarlige. Dette vil bli en naturlig del av vår kontroll med de vedtak etter kap. 3 og 4 som skrives og fremlegges for oss. Det er kontrollkommisjonens oppgave å påse at vedtakene fyller lovens krav og at de gjøres innenfor de frister loven og forskriftene setter. Dette arbeidet er en sentral del av det som skjer ved våre tilsynsbesøk samtidig som vi i møte med de faglige ansvarlige blir orientert om den enkelte pasients tilstand, herunder vurdert i forhold til lovens vilkår. For en dommer som er vant til å vurdere ulike parter argumentasjon for sitt syn og samtidig ha en uavhengig innfallsvinkel til hvordan loven og aktuell praksis skal forstås, representerer dette ikke noe problem.

### Utvalgets forslag:

Det vil kreve en betydelig ressurstilførsel både faglig og administrativt hvis klagesaksbehandlingen etter psykisk helsevernloven skal legges til fylkesnemndene. Det må være tillatt å spørre hvor den nødvendige kompetansen skal hentes i fra. Dessuten vil en slik utvidelse av fylkesnemndenes ansvarsområde innebære at vi i Norge får en utvikling i retning av egne forvaltningsomstoler slik man har i Sverige, hvilket rettspolitisk ikke har vært sett som ønskelig i Norge. Det kreves derfor en mye bredere prinsipiell debatt før man eventuelt etablerer en slik ordning. Faren ved spesialdomstoler er at de blir snevre i sin innfallsvinkel til hvordan saker skal avgjøres. Fylkesnemndene vil ha et dårligere grunnlag å avgjøre sakene på da de ikke har hatt den regelmessige kontakt med sykehuset og pasienten som dagens KK har.

Som nevnte ovenfor er gjennomgang av kap. 3 og 4 vedtak og samtaler med de faglig ansvarlige en sentral del av KKs virksomhet, herunder bl.a. avgjørelse av 1-års søknader. Nå skal det i følge utvalget oppnevnes et tilsynsutvalg uten at det sies noe om hvilke fullmakter og tilsynsoppgaver et slikt tilsynsutvalg skal ha og det sies heller ikke noe om et slikt tilsynsutvalgs sammensetning og faglige kompetanse. Før man overhodet tenker seg en løsning som foreslått av utvalget, må det gjøres grundige utredninger av de ulike problemstillinger som reiser seg. Som utvalget selv skriver, er den pasientnære kontrollen som KK i dag utfører av særdeles viktig rettssikkerhetsmessig betydning. Dette rettssikkerhetsmessige aspektet videreføres av dagens KK ved behandlingen av klagesaker. Dette må tas på alvor.

### Bruk av tvungent psykisk helsevern.

Det fremgår av utvalgets innstilling på side 11, at et sentralt mål er å redusere bruken av tvang. Jeg finner det uheldig at utvalget er så upresise mht. bruk av begrepet tvang. Er det tvungent psykisk helsevern generelt man tenker på eller er det ulike tiltak som i dag kan vedtas etter kap. 4 i psykisk helsevernloven. I den offentlige debatt er tvungent psykisk helsevern (tvang), ofte knyttet til bruk av fysisk makt, for eksempel beltelegging. Alle med litt innsikt vet imidlertid at tvungent psykisk helsevern er noe mye mer enn det.

Alle ønsker seg selvfølgelig et samfunn hvor tvangsbruk fra myndighetens side overhodet ikke skal kunne finne sted/ være nødvendig. Realiteten er imidlertid at slik er verden dessverre ikke. Derfor har man bl.a. barnevernlovgivningen, sosialtjenestelovgivningen, straffeprosessloven og psykisk helsevernloven. Jeg anser det derfor som lovgivningspolitisk meget betenkelig at man i § 1-1, 2. ledd har foreslått en bestemmelse hvor lovens formål beskrives til å begrense bruken av tvang.

At man fra myndighetenes side må gjøre en betydelig innsats for å forebygge, dvs. gjøre behovet for bruk av tvangshjemler mindre nødvendig, er noe helt annet. Dette er imidlertid et politisk anliggende, ikke minst handler det om bevilgninger, og jeg støtter helhjertet utvalgets anførsler på side 13 om at innsatsen fra den kommunale helse- og sosialtjenesten er av stor betydning. Som utvalget skriver, er gode boliger med nødvendig oppfølging, arbeidstilbud og meningsfulle aktiviteter som legger til rette for sosial kontakt av avgjørende betydning for å redusere behovet for bruk av tvungent psykisk helsevern. Det samme gjelder at det psykiske helsevernets kapasitet til tett oppfølging også utenfor sykehusene er tilstrekkelig. Ikke minst er tidlig intervensjon med et bredt anlagt tilbud særdeles viktig. Slik jeg opplever situasjonen i

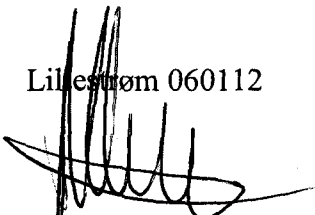
dag, er det betydelige mangler her. På disse premisser er det selvsagt ingen uenighet om at redusert behov for og bruk av tvangshjemler er et mål. Imidlertid er det en forutsetning at de som er alvorlig psykisk syke, og det er for dem bruk av tvungent vern er et tema, får den hjelp de har krav på. For dem er psykisk helsevernloven en rettighetslov. Det er derfor svært uheldig, for ikke å si direkte misvisende, å ha en slik formulering som utvalget foreslår i § 1-1, 2. ledd.

Når det gjelder lovforslaget som en helhet, er det min vurdering at de nye bestemmelsene i § 4-1 og § 4-2 vil medføre betydelige problemer for dem som til daglig skal praktisere loven, dvs. helsepersonell uten juridisk kompetanse. Begrepet beslutningskompetanse er i seg selv et vanskelig og ikke minst relativt begrep å forholde seg til, og etter min vurdering står man overfor to verdener når man skal anvende begrepet i somatikken kontra psykiatrien.

Lovforslaget bruker ulike skjønsmessige begrep som "nær fremtid", "overveiende sannsynlig", "sannsynlig", "vesentlig" og "betydelig". Ukritisk bruk av slike termer vil lett skape forvirring og usikkerhet hos dem som til daglig skal forholde seg til kompliserte problemstillinger knyttet til den enkelte pasient. Denne problemstillingen krever en nærmere drøftelse og avklaring.

Spesielt betenkelig er dessuten bestemmelsene om antatt samtykke, herunder bestemmelsen om at man skal legge betydelig vekt på hva pasienten tidligere har uttalt til bruk av tvangshjemler. Uten å ha noen statistikk å vise til, vil jeg anta at mellom 95 og 99 % av de pasientene KK møter på sykehusene og på DPSene både da og tidligere har uttalt seg svært negativt til bruk av enhver form for tvang. Slik bestemmelsene i § 4-1, 1. ledd nr. 7 og § 4-2, 1. ledd nr. 9 lyder i utvalgets forslag, vil man lett kunne komme til den konklusjon at bruk av tvungent psykisk helsevern nærmest er utelukket, hvilket sikkert ikke er hensikten og for øvrig klart heller ikke er til pasientenes beste. Jeg er derfor kritisk både til innføring av begrepet beslutningskompetanse og kriteriet antatt samtykke, særlig fordi jeg ikke kan se at de begrep og kriterier loven inneholder i dag medfører fortolkningsproblemer utover det man må påregne innenfor et så skjønsmessig område som psykisk helsevern.

Lillesstrøm 060112



Petter J. Johnsen