

KONTROLLKOMMISJONEN I FOR AKERSHUS
v/formann, advokat Asbjørn Finholt
Boks 7, 2001 Lillestrøm



Helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 Oslo

Dato 2012-01-26

NOU 2011/ 9 – HØRINGSUTTALELSE.

1. Innledning

På vegne av Kontrollkommisjonen I Akershus vil jeg få komme med enkelte bemerkninger angående NOU 2011 nr. 9. Høringsfrist er 6.02.2012.

Denne Kontrollkommisjonen har ansvaret for Akuttpsykiatrisk avdeling på Ahus og DPSene Lillestrøm, Jessheim og Grorud.

Pasientgruppen innen psykiatri er en meget sårbar gruppe og det er særdeles viktig at deres integritet og rettsikkerhet blir sikret på alle måter. Denne kommisjonen har merket seg at utvalget har lagt stor vekt på denne siden av saken.

Rettsikkerhetsgarantiene må imidlertid ikke bli til hinder for en rask og effektiv behandling av pasientene. Det er en menneskerett å kunne få en riktig behandling så snart som mulig.

Dersom behandlingen drar ut kan det få alvorlige følger for muligheten til å oppnå en rask og god bedring.

NOU 2011/49 legger opp til å regulere svært mye i lovs form. Svært mange rettigheter ønskes lovfestet uten at man har vurdert graden av viktigheten av de forskjellige rettighetene og pliktene. Disse ytterligere rettigheter for pasienten korresponderer i hovedsak med ytterligere plikt for behandling.

Det må stilles spørsmål ved denne form for lovgivningsteknikk. Svært mange av de spørsmålene som er tatt opp bør kunne reguleres i forskrifter.

Dersom en lov har for mange omfattende bestemmelser vil det kunne føre til at den blir vanskelig å etterleve og dermed svekkes dens autoritet.

En god lov har til kjennemerke at den tåler endringer i en omskiftende tilværelse uten at man trenger å gå veien om nye vedtak i lovgivningsprosessen. Mye kan endres ved forskrifter.

Utvalget har også lagt opp til svært mange skjønnsmessige vurderinger. Disse er vanskelig å praktisere og kan føre til vesentlig forskjellspraksis ved de forskjellige sykehus.

2. Observasjon – etablering §§ 4-1 og 4-2.

Forslag til endringer i psykisk helsevernlov har svært mange skjønsmessige vurderinger.

Jeg viser spesielt til nye forslag i § 4-1 nr. 6 og 7 og §4-2 i nr. 8 og 9.

Det ser ut som nr. 6 og 7 i § 4-1, 8 og 9 i § 4-2 er likelydende. Det står begge steder at behandlingen skal være i pasientens interesse. En slik formulering anses unødvendig da det er selvsagt.

Det står også at det skal legges vekt på graden av motstand. Denne kommisjonen opplever stadig at dess sykere pasienten er, dess større motstand gjør de mot tvangsinnleggelse. Når motstanden åpenbart har sin bakgrunn i sykdommen synes det meget vanskelig å praktisere en slik regel.

I nr. 7 og nr. 9 er det forslag om at det skal være en betingelse om at pasienten ville ha samtykket i helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse. Mange pasienter er ukjent for behandler og vedtaksansvarlige. Det kan derfor virke noe kunstig at disse skal sette seg inn i hva de tror pasienten ville ha tenkt når de ikke har noe kjennskap til vedkommende. Det er ikke sjeldent at pasientene nekter behandler å ta kontakt med pårørende eller det ikke er mulig å få tak i disse innen rimelig tid.

Utvalgets utredning om forhåndssamtykke, fremtidsfullmakter m.v. har interessante innfallsvinkler. Imidlertid vil dette kunne føre til for omfattende dokumentasjon og i ytterste konsekvens oppnå det motsatte av det man ønsker, nemlig å gi pasientene en rask og god behandling.

Jeg tror derfor at det er nødvendig at man vurderer disse skjønsmessige bestemmelsene ut fra hva som er praktisk gjennomførbart. Jeg viser for øvrig til eget kapittel angående tvangsmedisinering.

De forslagene som kommenteres her bør ikke settes i gang uten at det har vært gjennomført en forutgående forsøksordning.

3. Nektet etablering § 4-6

I §4-6 siste ledd foreslås det at nærmeste pårørende, eventuelt den offentlige myndighet som har framsatt begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan kreve en fornyet vurdering av annet vedtakskompetent helsepersonell i det tilfelle man ikke tar imot vedkommende til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Jeg er i tvil om det er behov for en slik regel.

Ved Akuttpsykiatrisk avdeling, som denne kommisjonen har ansvaret for, var det i 2011 945 vedtak hvorav 294 vedtak som nektet etablering eller observasjon.

Det har ikke vært klaget over dette fra offentlig myndighet eller nærmeste pårørende eller pasient de to siste årene. Jeg har ikke undersøkt lenger tid tilbake.

Kontrollkommisjonen får også tilsendt alle vedtak over nektet etablering. Disse gjennomgås av formannen og eventuelt de øvrige medlemmene. Det hender man stiller spørsmål til vedtaksansvarlig om det var riktig å nekte etablering.

Jag kan ikke gå god for tallene, men en rask gjennomlesing av innleggelsene i 2011 tyder på at det ikke er den gruppe pasienter som kommer raskt tilbake. De fleste som blir reinnlagt har vært til observasjon/etablert tvang.

Det fremgår ikke av lovforslaget om hvem som skal foreta den nye vurderingen. Problemer angående uavhengighet og inhabilitet kan oppstå dersom det skal være en fra samme avdeling/sykehus. Dersom man skal skaffe en vedtaksansvarlig fra et annet sykehus reiser det problemer både i forhold til vedtaksansvar og tidsperspektiv.

Å skaffe til veie en annen person med vedtaksansvar som ikke har noe forhold til den som vedtok nektet etablering kan vise seg å være vanskelig. Spesielt søn/helligdager og andre høytider eller ferier vil åpenbart føre til store problemer.

Pasienten vil da bli lengre på sykehuset enn det som er nødvendig og vil sveve i ett "ingenmannsland" til en ny vedtaksansvarlig har vurdert nektelsen

Sett i forhold til så få klager det er over den type vedtak kan jeg ikke se noen behov for endringer på det punktet.

4. Advokathjelp ved etablering.

I § 1-7 er det foreslått at pasienter som tas imot til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal ha rett til å la seg bistå av advokat i inntil 3 timer.

Ved den avdelingen denne Kontrollkommisjonen har ansvaret for ble det i 2011 foretatt 339 vedtak om observasjon og 414 om etablering. Mange av etableringene skjer etter at pasienten har vært til observasjon.

En slik bestemmelse må grundig overveies. Man må vurdere om det skal være tilgjengelige advokat hele tiden. Det må også vurderes om hvem som skal oppnevne advokaten. Dersom den overlegen som foretar vedtaket også oppnevner advokat vil det være en meget uheldig situasjon.

Det vil også være meget uheldig om sykehuset også skal godkjenne salærregningene.

Pasientene blir ved innleggelsen og vedtak om observasjon eller tvang orientert om sin mulighet til å klage og sin mulighet til advokat. Mange klager i forbindelse med innleggelsen.

Ved advokathjelp i forbindelse med etableringen kan man få en diskusjon mellom vedtaksansvarlige, advokaten og pasienten som fører til tidsspill og et unødvendig byråkrati ved etableringen og en forsinket start på behandlingen.

Det må også tas hensyn til at svært mange pasienter ved etablerings-/observeringstidspunktet er så syke at noen fornuftig samtale ikke er mulig de første timene eller døgnet. Det ekstra arbeid en vil oppleve dersom de skal ha gjennomgang av saken med advokat på dette

tidspunktet står ikke i noe rimelig forhold til en den økte arbeidsbelastning og dokumentasjon dette krever.

Klagene fra pasientene kommer forholdsvis raskt etter innleggelsen og denne kommisjonen behandler i hovedsak alle klager innen en uke. Det er uhyre sjeldent at det har gått mer enn 14 dager slik som loven foreskriver.

Hvis hensikten er å redusere varigheten av innleggelsene etter at det er fattet vedtak og de ber om advokat, kan jeg ikke se at en diskusjon på det tidspunktet er rettsikkerhetsmessig bedre for pasienten enn en klagebehandling etter noen få dager. Da er det kommet flere dokumenter og pasienten har vanligvis kommet seg noe i forhold til situasjonen på etableringstidspunktet.

Vi i vår Kontrollkommisjon er ikke sene med å be en advokat kontakte en nylig innlagt person som er usikker på hvordan han skal forholde seg. Jeg er også kjent med at svært mange andre kontrollkommisjonsformenn praktiserer dette.

5. § 4-9 etterprøving.

§ 4-9 har nye regler om hvordan etterprøving skal skje.

Jeg tror at det innledningsvis er klokt å referere hvorledes dette foregår i dag og hvor mange vedtak denne kommisjonen har.

I 2010 hadde denne kommisjon for de 3 DPSene og Akuttpsykiatrisk avdeling (særdeles få på Akuttpsykiatrisk avdeling) 88 tre måneders kontroller. I 2011 92 tre måneders kontroller.

I 2010 hadde man 75 seks måneders kontroller og i 2011 85. Av 9 måneders kontroller var det 2010 seksti og 56 i 2011.

I 2010 var det 60 ettårs kontroller og i 2011 var det 55.

Tallet for 2011 er ikke helt sammenlignbart med tidligere år da man i en periode på 3 måneder ikke hadde ansvar for de 3 DPSene.

Kontrollkommisjonen får tilsendt alle kontrollene og fatter vedtak om forlengelse for inntil ett år jfr. phl. § 3-8 og 4-9.

Samtlige tre måneders kontroller kommer til Kontrollkommisjonen som fører nøyaktig journal for dette. Kontrollkommisjonen tilskriver pasientene ved tre måneders kontroll og gjør oppmerksom på klageadgang i tillegg til at behandler ved kontrollen har gjort oppmerksom på dette.

Kontrollkommisjonen er på besøk på DPSene en gang hver måned og gjennomgår listene over de som er på tvang uten døgnopphold. Det blir da, i hvert møte, stilt spørsmål ved enkelte og det fører til at de blir innkalt, etter oppfordring fra Kontrollkommisjonen, til ny vurdering.

Jeg tror ikke rettsikkerheten øker for pasientene ved at man fatter vedtak etter tre måneder om forlengelse for inntil tre måneder fremfor den ordningen som er i dag.

I 2011 kom det inn kun en klage i forbindelse med tre måneders kontroll.

Det er også pasienter som klager helt uavhengig av kontrollen.

Slik ordningen fungerer i det området vi har ansvaret for er pasientene til enhver tid orientert om sine rettigheter og jeg antar det vil ikke føre til noe øket rettsikkerhet for pasientene med den foreslåtte ordningen i § 4-9. Under enhver omstendighet står den ikke i noen rimelig forhold til det økte arbeid.

§ 4-9 har også forslag til bestemmelser som erstatter den gamle § 3-8. Det er der foreslått lovfestet at Kontrollkommisjonen skal ha underretning om vedtak.

Denne kommisjonen får kopi av samtlige vedtak om nektet etablering, observasjon og etablering og fører egen journal over dette.

Disse vedtakene gjennomgås av formannen og det tas kontakt med sykehuset dersom det er formelle feil eller man er i tvil om vedtaket for øvrig. Enkelte åpenbare ting tar formannen alene mens de andre forholdene drøftes i kommisjonen.

Den ordningen er god og bør fortsette.

Dersom det er svikt ved enkelte Kontrollkommisjoner kan det meget enkelt rettes opp ved rundskriv/innskjerping ved forskrifter.

I annet ledd i samme paragraf foreslås det at man skal ha ny kontroll etter 4 uker. I kommentaren står det at det skal være en full materiell overprøving med muntlig høring.

Denne bestemmelsen må bero på manglende kunnskaper om hvorledes Kontrollkommisjonen arbeider. Kontrollkommisjonen besøker hver uke nyankomne pasienter og orienterer om klageadgang.

Dersom noen ønsker å klage sørger Kontrollkommisjonen for at klage blir utfylt og sak berammet innen en uke.

Samtlige vedtaksansvarlige har også fått beskjed om at pasientene skal orienteres om klageadgang, noe som behandlerne tar meget alvorlig.

Det står intet om at de som har fått behandlet en klage og ikke fått medhold ikke trenger en ny prøving etter 4 uker. Hvis det skal være slik som foreslått så vil disse få to prøvinger med muntlig behandling.

Så vidt jeg forstår er også forslaget at de skal ha gratis advokat til denne muntlige høringen. Skal saksbehandlingen da være slik at alle dokumenter også skal sendes advokaten på forhånd med redegjørelse som en klagesak blir dette ett byråkrati som ikke på noen måte står i forhold til det man oppnår.

Skisserer man opp en tidslinje kan det skje slik at pasienten ved innleggelsen ber om å få advokathjelp. Det blir drøftelser med vedtaksansvarlige. Pasienten klager så til Kontrollkommisjonen som om ca. en uke behandler klagen med advokat, dokumentasjon, redegjørelse osv. Deretter blir det i hovedsak den samme prosedyren etter 4 uker og etter 3 måneder får man igjen et nytt vedtak og gjennomgang.

Denne kommisjonen mener at dette blir en rettsikkerhetsgaranti som ikke på noen måte vil styrke pasientens stilling og under enhver omstendighet ikke stå i noe rimelig forhold til ressursbruken.

En rask gjennomgang pr. 13.01.12 viste at det var 6 pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling som hadde vært 4 uker eller mer på etablert tvang, 3 av disse hadde klaget og fått sin sak behandlet i Kontrollkommisjonen.

Denne kommisjonen kan ikke på noen måte se at det økte arbeidspresset og ytterligere dokumentasjon står i rimelig forhold til den rettsikkerhetsgevinsten man vil oppnå.

Jeg tror det er ganske alminnelig ved alle psykiatriske avdelinger at vedtaksansvarlige vurderer behovet for tvang særdeles ofte.

Situasjonen kan derfor bli at vurderingen fram til 4 ukers kontrollen blir noe slappere eller at man skriver de ut før 4 uker har gått for å slippe et arbeid.

Da vil denne bestemmelsen føre til det stikk motsatte av det den er tenkt, å gi mindre rettsikkerhet for pasientene.

Det ser ut som at utvalget kjenner til noen uheldige tilfeller og lager hovedregler ut av dette. Har man uheldige tilfeller som er unntakelser bør regelen skjerpes inn framfor å lage nye regler.

6.Kontrollkommisjonens arbeid og sammensetning kap. 16.

Kap. 16 har en del synspunkter på oppnevning av Kontrollkommisjons medlemmer og nestformannens deltakelse.

Utvalget ser det som problematisk at dommere er ledere i en Kontrollkommisjon.

Kontrollkommisjonen deler utvalgets syn der, men den vil legge til ett meget vesentlig problem. Dersom det er flere dommere ved en domstol og en av disse er medlem i Kontrollkommisjonen vil lett tanker om inhabilitet oppstå.

Det kan lett oppstå selv om det er ubegrunnet mistanke om manglende uavhengighet dersom det er få dommere ved domstolen og den ene er formann i Kontrollkommisjonen og den andre behandler saken når den kommer inn for domstolene.

Det synes underlig at utvalget ser ett problem ved at en formann i en kommisjon blir formann i en annen kommisjon. Det bør tvert i mot være en fordel da man har innsikt i arbeidet og lovens ordninger. Det vil derfor være atskillig enklere å sette seg inn saken og noen bindinger er selvfølgelig ikke oppstått til ett annet sykehus/DPS.

Utvalget ser det problematisk at nestformannen rykker opp til formann når formannen slutter.

Dette må bero på manglende kjennskap til hvordan man i hovedsak arbeider og forutsetningen for oppnevning av nestformann.

Denne kommisjonen har den ordningen at nestformannen trer inn når formannen ikke kan møte, ved ferier, inhabilitet, sykdom og lignende.

Selv om det ikke blir mye angående nestformannen er det såpass at en får innsikt i arbeidet. Dessuten er nestformann en god samtalepartner for formannen.

At andre kommisjoner fordeler arbeidet mer med nestformann er det noe kommisjonen selv bestemmer og er på kanten av det tanken bak ordningen er.

Det vil tvert i mot i forhold til utvalget være en stor fordel om nestformannen blir oppnevnt når formannen slutter.

At det er en funksjonstid på åtte år synes passelig. (2x4 år)

Dersom det er uheldige utslag av den ordningen med mer bruk av nestformannen enn det som loven tilsier må det rettes opp ved forskrifter.

Det er unødvendig å lage ekstra byråkrati utover annet enn innskjerpe praksisen.

Utvalget har også bemerkninger om hvordan oppnevning skjer. Som formann kan jeg ikke dele den oppfatningen. Det har vært oppnevnt forskjellige medlemmer til forskjellige tider i den kommisjon jeg er formann for. Det har vært gode undersøkelser og samtaler. Jeg kan ikke på noen måte dele synspunkter om at det går etter "tilfeldighetsprinsippet".

Komiteen foreslår også at formannen ikke skal gi råd til sykehuset. Slike synspunkter må komme ut fra en total mangel på innsikt om hvordan Kommisjonene arbeider. Denne formannen har drøftet saken med andre formenn og samtlige er enige om at man forhindrer mange problemer og uenigheter ved at sykehuset kan henvende seg til formannen å be om lovtolkingspørsmål og lignende. På den måten unngås svært mange problemer.

Denne kommisjon vil på det sterkeste gå imot ett slikt forslag.

Det bør også nevnes at samtaler med overlegene er fruktbare både for kommisjonene og for behandlerne.

Det er en selvsagt ting at ingen bruker dette mot hverandre i ettertid.

7. Overprøvingssystemet jfr. pkt. 16 2. 213 og 17.11

Den nåværende lov har nå regler for hvordan kontrollene skal foregå. Klager skal behandles innen 14 dager dersom det ikke er spesielle grunner.

Klager tar mye av tiden selv om også den andre kontrollen er vesentlig.

Denne kommisjonen mottok i 2011 233 klager. Det ble fattet vedtak i 87 klager. De fleste ble trukket før møte, en del i møte og en del ble utskrevet før klagebehandlingen.

De fleste klager er angående nektet utskrivning fra observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det er noe få klager angående § 4-10 overføringer og etter kap.4.

Kontrollkommisjonens formann får tilsendt alle klagene, oppnevner advokat der dette skal være og berammer møter i samarbeid med advokat og sykehuset.

Kontrollkommisjonen setter frist for utredning fra vedtaksansvarlige og en slik utredning sammen med journaler blir utsendt til partene på forhånd. Kontrollkommisjonens formann sender også utredninger til alle medlemmene på forhånd.

Praktisk talt alle klagene behandles innen 14 dager.

Utvalgets forslag under pkt. 16-5 at Fylkesnemnda for barnevernstjenester skal overta denne funksjonen virker ikke gjennomtenkt. Jeg forutsetter at dette ikke tas til følge uten en bredere gjennomgang fra direktoratet ved eventuelt en ny komité.

I de fylkene hvor det er store og flere avdelinger virker det totalt meningsløst at en fylkesnemnd skal være en Kontrollkommisjon.

Fylkesnemnda har en helt annen sammensetning, blant annet uten pårørende, en helt annen arbeidsform og har en saksbehandlingstid på svært mange måneder.

Denne kommisjonen har liten forståelse for dette og begrunnelsen for overføring til fylkesnemndene er egentlig så tynt at det ikke er mulig å kunne ta det på fullt alvor.

Flere av Kontrollkommisjonsformenn er ansatt av fylkesmannen som fylkesnemndledere. De kan derfor få et problematisk forhold da fylkesmannen er deres overordnede i det daglige arbeid, mens fylkesmannen ikke er overordnet i Kontrollkommisjonsarbeidet. Det er en dobbelthet her som er uheldig.

Jeg kan vanskelig tenke meg at utvalget har god oversikt over hvorledes arbeidet foregår og hvor nødvendig det er med nærhet til sykehuset og en fleksibilitet fra alle medlemmene.

I det samme avsnitt hvor utvalget er kommet til at det uheldig med dommere som Kontrollkommisjons formenn har man også utalt seg om at fylkesnemnds ledere vil komme i samme situasjon. Det er derfor selvmotsigende og særdeles dårlig begrunnet.

Det må forutsettes at en slik grunnleggende omlegging, - som en endring der en fører over de saker som i dag sorteres under Kontrollkommisjonene over til Fylkesnemndene, vil forutsette en adskillig mer grunnleggende utredning enn det som er foretatt.

Bare det rent praktiske med transport av pasienter vil være en utfordring. Videre er flere fylkesnemnder allerede i dag svært belastet allerede og ute av stand til å ta i mot ytterligere saker uten en større omlegging.

8. Karantenetid

I § 7-4 foreslås det at karantenetiden settes ned fra 6 til 3 måneder. Denne kommisjonen er enig i den endringen.

9. Domstolprøving

Denne kommisjonen har for så vidt ingen bemerkninger til nytt kap. 9.

Dersom det er klager over saksbehandlingsfeil og vedkommende ikke har fått medhold i Kontrollkommisjonen og tvang oppheves før saken er kommet opp de alminnelige domstoler har man ingen mulighet til å få prøvet saksbehandlingsfeilen som Kontrollkommisjonen prøvet. Det er et spørsmål som bør vurderes.

10. Tvangsmedisinering, ny § 5-4

Denne Kontrollkommisjonen får også tilsendt alle vedtak om tvangsmedisinering og kontrollerer at det formelle er i orden. Man får også gjenpart av klager som er behandlet av fylkesmannen.

Den nye foreslåtte paragraf har svært skjønsmessige punkter i 7,8 og 9. jeg tror det blir særdeles vanskelig å praktisere alle de skjønsmessige momentene og det vil bli store forskjeller fra sted til sted. Jeg er også i tvil om det er i pasientens beste og måtte vente inntil 6 dager. Jeg har forståelse for at også Kontrollkommisjonen kan være klageinstans i dette tilfellet. Det vil lette arbeidet i forbindelse med klagesak at man også har oversikt over avgjørelser angående tvangsmedisinering.

Dette må vurderes grundig, spesielt med tanke på at den medisinske ekspertise bør veie særdeles tungt i slike tilfeller.

Oppsummering:

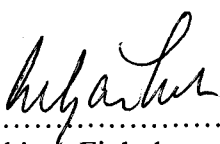
Samlet sett synes innholdet i NOU 2011/9 være preget av at utvalget i for liten grad har vektlagt erfaring med avdelinger der de allerede eksisterende bestemmelsene er i bruk, og dagens praksis ved Kontrollkommisjonene har vært for lite fremtredende.

Forslagene synes svært teoretiske og lite knyttet opp til de punktene praktikerne selv ville peke på som problemområder.

Vår oppfordring vil være å få en mer grunnleggende oppfatning av "hvor skoen trykker" og ikke igangsette noen av disse mer eller mindre revolusjonelle endringene uten at de er grundigere vurdert eventuelt prøvet ut lokalt.

Vennlig hilsen

For Kontrollkommisjonen



Asbjørn Finholt
Formann