

Dato: Tønsberg/Oslo, 19. januar 2012

Høringssvar

NOU 2011:9

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balanse mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern

Kommentarer

Utredningen foreslår at « ... dersom det er i pasientens klare interesse og nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold også omfatte gjennomføring av tvungen undersøkelse eller behandling i kommunalt sykehjem overfor en pasient med aldersdemens» (§ 4-7).

Bakgrunnen for dette er hovedsakelig begrunnet i kapittel 14.8 Særlig med mennesker med aldersdemens.

Kapittelet er logisk bygget opp og beskriver på en grei måte de utfordringene som er forbundet i behandling av personer med demens som trenger psykiatrisk behandling og som på grunn av sin mentale svikt ikke kan forholde seg til dette (mangler samtykkekompetanse/ beslutningskompetanse). Avgrensingen til Pasientrettighetslovens kapittel 4A er viktig og vi mener den er godt ivaretatt i denne utredningen. Vi mener likevel det er en del forhold i kapittel 14.8 som bør problematiseres/utdypes. Det viktigste er spørsmålet om når en person med demens omfattes av lov om psykisk helsevern, hva skal til? Hvordan er dette i dag og medfører forslaget i utredningen noen endring av når en person med demens er «alvorlig sinnslidende»?

Som det påpekes i utredningen kan personer med demens også ha ordinære psykiske lidelser. Det er heller ikke uvanlig med symptomer på psykisk lidelser som depresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner hvor det er uklart om dette er «i tillegg til» demenssykdommen eller en følge av den. De som har ordinære psykiske lidelser eller symptomer på dette og trenger utredning, vil falle inn under dagens Lov om psykisk helsevern. Er

Postadresse Vestfold

Aldring og helse
Sykehuset i Vestfold
Postboks 2136
3103 Tønsberg

Besøksadresse Vestfold

Taranrødveien 47
3171 Sem

Adresse Oslo

Aldring og helse
Oslo Universitetssykehus HF
Ullevål
Bygg 37
0407 Oslo

Sentralbord

Tlf.: 33 34 19 50

Faks

Oslo: 23 01 61 61
Vestfold: 33 33 21 53

Epost

post@aldringoghelse.no

Hjemmeside

www.aldringoghelse.no

tilstanden eller symptomene så alvorlig at de tilfredsstiller reglene om tvunget psykisk helsevern, så gjelder dette også personer med demens uavhengig om tilstanden er i tillegg til demenssykdommen eller som en følge av demenssykdommen (organisk depresjon eller psykose?).

Selv om alderspsykiatriske avdelinger/enheter kan bistå kommunehelsetjenesten i slike situasjoner, så er vår oppfatning at mange kommuner opplever at spesialisthelsetjenesten er lite interessert i å gå inn i disse problemstillingene. Dette gjelder særlig der det er naturlig å henvende seg til et DPS og ikke en alderspsykiatrisk avdeling/enhet.

Utredningen påpeker at når det gjelder personer med demens så er fokuset rettet mot «atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer» (APSD). Det nevnes spesielt uro fysisk og verbal uro for eksempel i form av gjentatt roping eller vandring. Dette er for så vidt riktig, men det kommer ikke fram i utredningen om utvalget mener at APSD (og da særlig de atferdsmessige symptomene) i seg selv kvalifiserer til at personer med demens bør omfattes av tvungent psykisk helsevern. Vi er enige i at symptomatisk behandling av uro og aggresjon med psyko-farmaka ikke bare er kontroversielt, men at det mangler faglige holdepunkter for at slik behandling er effektiv. Utredningen ivaretar våre betenkeligheter med å behandle alle APSD symptomer som psykisk lidelse, men det blir likevel uklart hva utvalget mener når «alvorlige tilfeller av demens» beskrives som en psykose. Det brukes uklare og udefinerte begreper og det blir derfor uklart hva utvalget mener skal til for at en person med demens skal defineres å ha en alvorlig sinnslidelse. Begrepet «alvorlig» demens er uklart. Det referer sannsynligvis til det engelske «severe dementia» som ofte brukes om grad av demens. Vanligvis relateres «severe» til grad av kognitiv svikt og svikt i dagliglivets ferdigheter (som en konsekvens av den kognitive svikten), ikke til intensitet eller grad av APSD. Hvorvidt en demenssykdom er av en slik karakter at den kan beskrives å gi alvorlige psykiatriske symptomer (angst, depresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger) vil avhenge av fler forhold en grad av kognitiv svikt som type demens, hvor i hjernen skaden sitter, premorbid personlighet osv. De fleste tilfeller av demens er progredierende og i den forstand «alvorlige», det kan derfor leses slik at utvalget mener at alle med en demenstilstand kan kvalifisere (etter gjeldene rett) til alvorlig sinnslidende. En lav terskel for når demens er alvorlig sinnslidelse sammen med en forståelse at APSD (som omfatter det meste) kan kvalifisere til tvungent psykisk helsevern mener vi kan føre til økt bruk av tvangsbehandling. Vi tror ikke at det er utvalgets intensjon. Avhengig av hvordan dette leses og forstås så kan konsekvensen

bli at uro og aggresjon hos en person med demens med betydelig kognitiv svikt of svikt i dagliglivets funksjoner blir oppfattet som å være tilstrekkelige kriterier for å bli underlagt tvungent psykisk helsevern. *Det må derfor tydeligere komme fram hva som er alvorlig psykisk lidelse hos personer med demens (eller når kvalifiserer demens til å være alvorlig sinnslidelse?).*

Utredningen problematiserer forhold der en pasient som trenger psykiatrisk behandling og mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg behandlingen. Før 2006 så kunne dette gjøres med hjemmel i Pasientrettighetsloven § 4-6, men etter at § 4-3 ble revidert i 2006 og vurdering av samtykkekompetanse i Pasientrettighetsloven ikke omfatter behandling av psykiatiske tilstander, så er dette ikke lenger mulig. Dette er en høyst relevant problemstilling. Vi er enig i at det å reversere rettssituasjonen til slik den var før 2006 er en mulighet, men også kan føre til økt uønsket bruk av psykofarmaka overfor en gruppe som ikke er i stand til å forstå hva som skjer med dem. Forslaget til ny § 2-3 vil bedre rettssituasjonen for denne gruppen pasienter. På den annen side så er det en del pasienter som profiterer på behandling, men som ikke vil fylle vilkårene (f.eks. behandling med angstdempende medisin før spesielle situasjoner som legeundersøkelser, tannbehandling eller lignende og pasienter med en betydelig depresjon). Utvalgets forslag balanserer dette, men dette vil gi en stor økning i etterspørsel etter psykiatiske tjenester på dette området. *Konsekvensen må derfor bli at den alderspsykiatriske kompetansen styrkes betydelig og at spesialisthelsetjenesten stimuleres (særlig DPSene?) til å yte slike tjenester.*

Sykehjem har ikke tradisjon for å drive behandling ut fra psykiatiske terapiprinsipper. Når det gjelder psykiatrisk behandling og oppfølging utover medisinerer, så vil derfor sykehjemmene trenge tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil også kreve ekstra resurser til spesialisthelsetjenesten, spesielt alderspsykiatriske avdelinger/enheter.

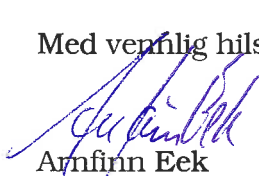
Utredningen bruker begrepet «aldersdemens», vi foreslår at det byttes ut med «demens».

Oppsummering

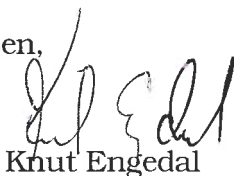
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse – Nasjonalt kompetansesenter for demens støtter forslaget om at dersom det er i pasientens klare interesse og nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold også omfatte gjennomføring av tvungen undersøkelse eller behandling i kommunalt sykehjem overfor en

pasient med demens, under forutsetning at vilkårene eller for tvungent psykisk helsevern er tilstede (særlig §§ 3-1, 4-1 og 4-2). Konsekvensene vil bli økt etterspørsel etter alderspsykiatriske tjenester. Alderspsykiatrien må derfor styrkes både med økt kapasitet og kompetanse.

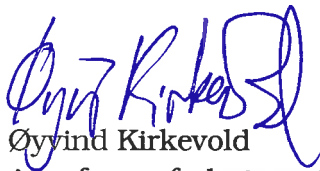
Med vennlig hilsen,



Arnfinn Eek
Daglig leder



Knut Engedal
Fag og forskningssjef



Øyvind Kirkevold
Ass. fag og forskningssjef