



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Uni Health, National Centre for Emergency Primary Health Care

besøksadresse Kalfarveien 31, Bergen
postadresse Postboks 7810, N-5020 Bergen
telefon +47 55 58 65 00 **telefaks** +47 55 58 61 30
web legevaktmedisin.no
epost legevaktmedisin@uni.no
organisasjonsnummer 985 827 117 mva

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Bergen, 2. februar 2012

Høringsuttalelse: NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) viser til departementets høringsbrev av 25.08.11. For nærmere informasjon om Nklm og dets mandat og virkeområder henviser vi til våre nettsider www.legevaktmedisin.no.

NOU 2011:9 er et viktig dokument, med mange gode prinsipielle tanker om bruk av tvang. Vi stiller oss bak hovedforslaget til lovendring som styrker pasientenes selvbestemmelsesrett. Slik vi leser hele forslaget til lovendring er det imidlertid vanskelig å se for seg hvordan deler av det skal kunne settes ut i verk, og det synes i tillegg å åpne for bruk av tvang i nye situasjoner.

I denne høringsuttalelsen vil vi i hovedsak begrense oss til å kommentere forhold som direkte berører den kommunale legevaktstjenesten. Da enkelte tekstavsnitt i utredningens innledende kapitler baserer beskrivelsen av legevaktens rolle i akuttforløpet på foreldede opplysninger, vil vi innlede med saksopplysninger i forhold til hvordan legevakt i Norge fungerer, og hva vi vet om deres rolle i forhold til bruk av tvang. Vi vil deretter gi noen eksempler på hvordan foreslåtte lovendringer er vanskelig å se for seg i praksis.

Legevaktens rolle i akuttforløpet ved psykiatriske innleggelser

Legevakt er et lovpålagt kommunalt tilbud som skal sikre innbyggernes behov for øyeblikkelig helsehjelp gjennom hele døgnet. På hverdager har fastleger plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til sine pasienter innenfor kontorets åpningstider. Utenfor fastlegekontorets åpningstider er legevakten ansvarlig instans og i praksis fastlegenes stedfortreder. Organisering av legevakt varierer ut fra lokale forhold; fra små legevakter der en lege er tilgjengelig per telefon og kan rykke ut ved behov, til store døgnåpne enheter med flere leger på vakt samtidig. I de fleste geografiske områder i Norge er det bare en lege på vakt utenom vanlig arbeidstid.

Legevakt er henvisende instans ved en høy andel av akuttinnleggelsene i psykiatriske sykehus, også ved tvangsinnleggelser. Dette er sannsynligvis et utslag av at de mest akutte henvendelsene om helsehjelp er relativt jevnt fordelt gjennom døgnet. Legevakt er av nødvendighetshensyn eneste tilgjengelig instans innen primærhelsetjenesten i mer enn 75 % av tiden i løpet av ett år, og vil derfor naturlig nok være ansvarlig for flest akuttinnleggelser.

Forskning fra Nklm har vist at psykiatriske akuttinnleggelser fra legevakt er like velbegrunnede som tilsvarende innleggelser fra andre instanser. Det er også påvist godt samsvar mellom vurderingene til innleggende legevaktlege og mottakende spesialist på relevant sykehus når det gjelder nødvendigheten av bruk av tvang i den akutte situasjonen.

De bekymringsfullt store regionale forskjellene i bruk av tvang i Norge er sannsynligvis uttrykk for lokale forskjeller i behandlingstradisjon, organisering og tilgjengelighet. Det er lite sannsynlig at endring av legevaktens rolle i akuttforløpet vil ha stor innvirkning på tvangsbruken. Vi har begrenset forskningskunnskap om hva som skjer før pasienter kommer til legevakt for vurdering av tiltak i forhold til deres psykiske lidelse. Det er imidlertid liten grunn til å tenke at behovet for bruk av tvang oppstår *etter at* pasienten er ankommet legevakt.

Internasjonalt ser man at alternativ akutthjelp som akutt ambulante team (crisis resolution teams) har en mulig effekt i forhold til frivillige innleggelser, men det er så langt ikke påvist effekt i forhold til *tvangsinnleggelser*. Det eneste tiltaket vi kjenner til som faktisk har vist effekt på tvangsinnleggelser er et tiltak der man ved hjelp av tverrfaglig samarbeid mellom flere etater fanget opp pasientene tidligere, slik at man fikk intervenert før pasientene ble så dårlige at de måtte tvangsinnlegges. Det er usikkert om slike organisatoriske endringer kan fremtvinges med den typen lovendringer som her er foreslått.

Eksempler på hvordan foreslåtte lovendringer er vanskelig å se for seg i praksis.

1. Forslag til ny §3-1 Forutgående legeundersøkelse.

Utvalget foreslår at det stilles krav om vedtak for alle legeundersøkelser som gjennomføres for å avgjøre om vilkårene for tvungen psykisk helsevern er tilstede. Dette innebærer en endring i forhold til gjeldende rett der vedtak i disse tilfellene bare skal treffes dersom pasienten unndrar seg undersøkelsen.

Det er svært vanskelig å se for seg hvordan dette skal kunne skje i praksis med mindre man begrenser kravet til å gjelde undersøkelser som er begjært av offentlig myndighet. I en norsk studie som undersøkte håndteringen av psykiske lidelser ved fire legevakter, endte 23 % av relevante legekontakter med en innleggelse i psykiatrien. To av fem innleggelser var tvangsinnleggelser. I mange tilfeller vet man ikke i forkant av konsultasjonen om tvungen psykisk helsevern er et utfall man må ta stilling til. Skal det stilles krav om vedtak for alle legeundersøkelser som gjennomføres der man ender opp med å vurdere om vilkårene for tvungen psykisk helsevern er tilstede, vil det i praksis si at ingen konsultasjoner på legevakt som potensielt omhandler psykisk lidelse kan gjennomføres uten at et slikt vedtak foreligger. Dette vil være umulig å gjennomføre.

Selv hvis man begrenser kravet om vedtak til å gjelde undersøkelser begjært av offentlig myndighet, vil man få en praktisk utfordring i og med at legen som fatter vedtaket skal være en annen enn den som utfører undersøkelsen. I de fleste legevaktdistrikter i Norge er det bare en lege som har vakt, og kravet om at to

uavhengige leger skal henholdsvis vurdere behov for undersøkelse og gjennomføre undersøkelsen vil forutsette at flere leger har vakt til enhver tid.

Forslag til ny §4-7. Tvungen observasjon kan gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent og kan omfatte gjennomføring av tvungen undersøkelse eller behandling i kommunalt sykehjem overfor en pasient med aldersdemens.

I dette forslaget til lovendring utvider man hvilke situasjoner tvungen observasjon kan brukes i. Da tvangsbehandling er en behandlingsform med potensielt alvorlige konsekvenser for den det gjelder, stilles det i dag strenge krav til materiell standard og faglighet på institusjoner der tvangsbehandling skal foregå. Det er derfor vanskelig å forstå hvordan man tenker at bruken av tvang skal kunne kvalitetssikres i institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang. Det er også vanskelig å se for seg hvordan uavhengighetsprinsippet skal ivaretas i disse situasjonene. Skal faglig ansvarlig rykke ut til de aktuelle institusjonene for å gjøre sin vurdering innenfor det pålagte tidsrom?

Konklusjon

Vi støtter lovendringene som styrker pasientenes selvbestemmelsesrett. Vi er imidlertid skeptiske til forslagene som utvider hvilke situasjoner tvang kan benyttes i, samt den foreslåtte byråkratiseringen av innleggelsesprosessen.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår
forskningsleder, professor

Ingrid H Johansen
forsker III, Nklm
sign.