

Helse-og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

Klinikk psykisk helse og avhengighet

0030 Oslo

Vår ref.:  
2011/13000  
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref.:

Saksbeh.:  
Ewa Ness

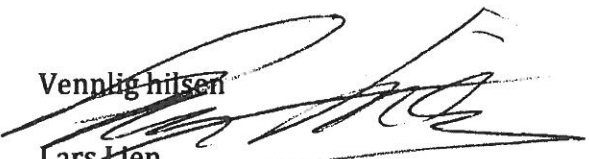
Dato:  
3.1.2012

### Høringssvar – NOU 2011.9 – Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet

Vedlagt oversendes svar på høringen vedrørende NOU Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Vi har valgt å la svarene fra tre ulike enheter gå uavkortet fordi de svarer på ulike aspekter i NOU. Det gjelder akuttpsykiatrisk avdeling, Regional sikkerhetsavdeling og de to DPS, som leverer ett høringssvar.

Vi takker for en interessant NOU og ikke minst for en grundig og tillitvekkende prosess fra utvalgets side der det ble lagt til rette for at klinikere skulle kunne delta. Vi håper at den nye loven innfrir forventningene og bidrar til å øke pasientenes rettsikkerhet og medbestemmelse.

Vennlig hilsen



Lars Lien  
Fung. klinikkleder

**OUS-HF, Klinikk psykisk helse og avhengighet**  
**ved klinikkleder Lars Lien**

**NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet**  
**Høringsuttalelse**

Avdelingssjef/avdelingsoverlege Marit Bjartveit ved avdeling for akuttpsykiatri, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, oppnevnte september 2011 en lokal høringsgruppe for å avgi hørings svar på NOU 2011:9. Denne omhandler økt selvbestemmelse og rettssikkerhet i psykisk helsevern. Landets regionale helseforetak er egen høringsinstans.

Marit Bjartveit har vært medlem av det lovutvalget som har avgitt utredningen, og har derfor av eget valg ikke deltatt i meningsutvekslingen under våre interne høringer eller i utarbeidelsen av dette hørings svaret.

Utredningen og vårt hørings svar er drøftet i flere møter med akuttavdelingens spesialister og i særdeleshet i høringsgruppa, som i sin helhet stiller seg bak denne høringsuttalelsen.

Oslo 30.11.2011

Eline Kalsnes Jørstad  
(leder)

Asbjørn Kolseth

Anne Kjersti Lyngstad

Ole Steen

Paul Stronegger

Avdeling for akuttpsykiatri, Ullevål  
Senter for psykisk helse, voksne, lokalfunksjoner  
Klinikk psykisk helse og avhengighet  
Oslo Universitetssykehus

## **NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet**

### **Høringsuttalelse**

#### **Høringsgruppa ved avd. for akuttpsykiatri, Oslo Universitetssykehus, Ullevål**

Denne har hatt følgende sammensetning:

Eline Kalsnes Jørstad, overlege (gruppeleder)

Asbjørn Kolseth, sjefpsykolog

Kjersti Anne Lyngstad, overlege

Ole Steen, assisterende avdelingsoverlege

Paul Stronegger, overlege

#### **Bakgrunn for utvalgets lovendringsforslag**

Det vises til lovutvalgets mandat og til bakgrunnen for mandatet. Sistnevnte handler om å styrke arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang innen psykisk helsevern. I den forbindelse er siktemålet ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet samt sørge for lik og forsvarlig utøvelse av tvang i landet.

Gjenstand for spesiell utredning er:

- forholdet mellom psykisk helsevernloven, samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettigheter
- behandlingstvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern
- vilkårene for iverksetting av behandling under tvang og bruk av tvangsmidler
- gjeldende kontrollordninger for overprøving av tvangsvedtak

#### **Synspunkter på lovendringsforslaget**

- Forvaltning av lover og utøvelse av faget

Lovutkastet med tilhørende dokumenter er gjennomlest og drøftet. Vi erkjenner at det er en balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i det psykiske helsevern. Vi er opptatt av at utøvelse av faget skal ivareta menneskerettslige aspekter i tillegg til hva som fremgår av øvrig lovgivning. Etisk refleksjon knyttet til behandling av utsatte og sårbare grupper må i særlig grad vektlegges.

Det må sies at lovendringsforslaget representerer en ytterligere og etter vår mening altfor omfattende byråkratisering av utøvelsen av psykisk helsevern. De rettslige aspekter får en betydelig dominans i den kliniske hverdagen hva oppmerksomhet, fokus og tidsbruk angår.

Rollen som fagansvarlig er fra før av sammensatt. Byråkratiske, forvaltningsmessige og journaladministrative prosesser vil stjele enda mer av klinikerens tid. Rettsoptimismen er i fremmarsj. Vi er tvilende til om dette er riktig vei å gå, og etterlyser i alle fall en nærmere analyse av hva man kan tape.

#### - Alvorlig psykisk lidelse

Vi er enig i at begrepet alvorlig sinnslidelse bør erstattes av det mer tidsmessige uttrykket alvorlig psykisk lidelse. Imidlertid bør begrepet alvorlig psykisk lidelse beskrives og defineres. Uttrykket alvorlig sinnslidelse vil i de fleste ører formodentlig hense på mer dyptliggende forstyrrelser i sinnet, mens uttrykket alvorlig psykisk lidelse i de fleste ører muligens kan ha tapt noe av sin patogene kraft. Invalidiserende angst- tvangs- og konversjonstilstander omfattes f.eks. ikke av begrepet.

Begrepet alvorlig psykisk lidelse bør som før omfatte psykoselidelsene og psykoselignende tilstander med sterkt redusert eller manglende innsikt, men også de alvorlige depresjonene. Her bør lovutvalget gå inn med presiseringer som er klinisk anvendelige og med utspring i diagnostisk klassifikasjon av sykdomstilstander.

#### - Retts hjelp

§ 1-7: "Ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har pasienten rett til å la seg bistå av advokat ..... fri retts hjelp uten behovsprøving."

Dette velger vi å forstå slik at pasienten får utvidet rett til fri retts hjelp uavhengig av om vedkommende fremmer klage for kontrollkommisjonen. Slik forstått ser vi dette som en styrking av pasientens muligheter for retts hjelp, hvilket er positivt.

#### - Vedtak om legeundersøkelse

§ 3-1: Prinsippet om at pasienten skal undersøkes av to uavhengige leger ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern videreføres i lovforslaget.

Nytt er imidlertid at det skal fattes vedtak om undersøkelse som har til formål å vurdere om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er til stede, og uavhengig av om pasienten unndrar seg slik legeundersøkelse eller ikke, dette for å sikre at pasientens klagerettighet blir mer effektiv.

Ved frivillig legeundersøkelse mener vi at dette er et feilspor.

I utgangspunktet er etter vårt syn relasjoner mellom mennesker frivillige, og det er problematisk når en frivillig relasjon endres til å omfatte utøvelse av tvang, det være seg i helsetjenesten, men også i privatlivet. Ved alvorlig psykisk lidelse kommer man likevel av og til ikke utenom. På ett eller annet sted i kjeden blir unntaksvis frivillighet til tvang. Spørsmålet er ved hvilket ledd i kjeden og under hvilke omstendigheter.

Lovforslaget synes tuftet på det høyst forståelige idealet at en pasient frivillig skal kunne oppsøke lege uten å risikere at legen i neste omgang innlegger pasienten på tvang.

Lovforslaget synes enn videre å ha som fundament at risikoen for at en frivillig legeundersøkelse i en akutt situasjon kan ende med tvangsinnleggelse vil være så problematisk at enhver psykiatrisk akutt pasient som frivillig oppsøker eller bringes til lege først må skaffes et vedtak om legeundersøkelse.

Blir ikke da tvangens problematikk en hemske for frivillig legehjelp? Hva gjør det med pasienters syn på legeundersøkelse i akutfase generelt?

a) Ved frivillig legeundersøkelse: Vi mener at man lovmessig må skille mellom pasienter som lar seg frivillig legeundersøke og pasienter som unndrar seg legeundersøkelse. Vedtak forut for frivillig legeundersøkelse blir etter vårt syn meningsløst. Effekten av forslaget kan bli økt bruk av tvang i form av slike vedtak. Selv svært syke pasienter må ha rett til frivillig å oppsøke og la seg undersøke av lege. Dette er en grunnleggende pasientrettighet som også bør gjelde psykisk syke, også om pasienten skulle vært brakt til legeundersøkelse av f.eks. politiet.

Slik lovforslaget er utformet kan man se for seg forskjellige scenarier som viser at prinsippet om vedtak gjort i forkant av legeundersøkelse heller ikke alltid lar seg gjennomføre. Etter en frivillig legeundersøkelse/legesamtale hvor legen - uten at dette var klart på forhånd - finner grunnlag for innleggelse på tvang, skal legen da initiere at en annen lege retrospektivt fatter vedtak om den legeundersøkelsen som alt er foretatt? Er det greit ut fra lovgivers idealer? Blir ikke det kun en byråkratisk prosedyre uten egentlig substans? Dette er etter vår mening rettslig sett ikke noe bedre enn de gamle tutorerklæringene.

En alternativ fremgangsmåte ville være at den legen pasienten frivillig oppsøker og er blitt undersøkt av, og som mener at kriteriene for innleggelse på tvang foreligger, medvirker til at dertil oppnevnt lege fatter vedtak om legeundersøkelse, slik at pasienten kan undersøkes av nok en lege med tanke på vurdering av om kriteriene for tvang er til stede. I prinsippet vil dette bli å betrakte som viderehenvisning til en "second opinion", hvor nestemann i stafetten vurderer tvangsgrunnlaget.

Hva om pas ikke ønsker dette? Hva tenker lovgiver om det? Hvordan man enn snur og vender på det kommer man ikke utenom det faktum at den første legen indirekte bevirker tvangsinnleggelse via en kollega.

Det er da etter vår oppfatning likevel mer redelig å erkjenne at legen unntaksvis må stå i det krysspresset at en frivillig legeundersøkelse kan ende med innleggelse på tvang. Dette faktum lar seg ikke fjerne ved ytterligere formalisering. Men det vil heldigvis være mer unntaket enn regelen. I lovforslaget bestemmer unntakene hovedregelen, og slik bør det ikke være.

Forslaget synes ikke å føre til reell bedret rettssikkerhet substansielt, men snarere til en ytterligere byråkratisering av helsetjenesten.

b) Når pasienten unndrar seg legeundersøkelse: Hvis derimot legeundersøkelsen er mot pasientens vilje, f.eks. ved at politiet, annen myndighet eller pårørende bringer pasienten til lege mot pasientens vilje og pasienten fortsatt nekter legeundersøkelse, må angjeldende lege/legevakt besørge at den som er oppnevnt til formålet fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse, om nødvendig på stedet. Når slikt vedtak foreligger, kan legeundersøkelsen gjennomføres. På dette punkt deler vi lovutvalgets syn.

#### - Vilkår for vedtak om tvungen observasjon og selvmordsproblematikk

§ 4-1: Denne omhandler vilkår for vedtak om tvungen observasjon. Når det gjelder vilkår 7 som omhandler antatt samtykke og beslutningskompetanse, vises til synspunkter omtalt senere i vårt høringssvar.

Når det gjelder vilkåret som omhandler tvungen observasjon på grunn av selvmordsforsøk eller selvmordsrisiko, er vi uenig i lovutvalgets forslag. Vi mener at tvang i psykisk helsevern kun skal omfatte pasienter med en alvorlig psykisk lidelse eller hvor dette er overveiende sannsynlig, altså som i dagens lovverk. Det skal i denne forbindelse presiseres at vi herunder også regner alvorlig depresjon, selv om det ikke skulle foreligge entydige psykotiske symptomer.

Intervenering i forhold til selvmordsproblematikk ved akutte kriser hos pasienter uten alvorlig psykisk lidelse må etter vår mening håndteres uten bruk av tvungen observasjon. Noe annet vil uthule lovverket, øke tvangsbruken og endatil frata enkeltmennesket selvbestemmelse og ansvar.

Psykisk helsevern må etter vår oppfatning fortsatt basere seg på diagnostisk vurdering av hvilken psykisk lidelse pasienten har, ikke på enkeltsymptomer. Slik vi ser det kan man ellers komme veldig galt avsted. Man kan komme til å gripe unødig inn i normalpsykologiske reaksjoner som kan og bør håndteres uten tvang. Det finnes etter vårt syn heller ikke

instrumenter for å kvantifisere selvmordsrisiko med så god presisjon at rettssikkerheten kan ivaretas.

Intervensjon ved akutte pågående selvmordsforsøk omfattes av annet lovverk, som straffelovens § 47 og nødrettsbestemmelser.

#### - Beslutningskompetanse og behandlingskriteriet

Vi er i utgangspunktet enig i at begrepet beslutningskompetanse er et bedre ord enn samtykkekompetanse, idet nektingsretten da fremgår tydeligere.

Når det er sagt er vi av den oppfatning at beslutningskompetansevurderinger har fått en altfor stor plass i lovendringsforslaget, og da i særdeleshet ved vurdering av behandlingvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern. På tross av utførlig begrunnelse i utredningen om hvorfor manglende beslutningskompetanse bør være et vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov, kommer vi til motsatt slutning.

Dette har ikke først og fremst med det faktum å gjøre at det kan være vanskelig å vurdere beslutningskompetanse. Vår oppfatning bygger mer på at begrepet ikke er spesielt klinisk anvendelig. Klinisk anvendelig er begreper som innsikt, sykdomsforståelse, realitetssans. Dette er evner og kompetanser som også kan veksle under sykdomsforløpet, i likhet med beslutningskompetansen, slik det er redegjort for. Fenomenet innsikt er altså ikke nødvendigvis en konstant størrelse, dog er fenomenet mer direkte knyttet til selve sykdomstilstanden og det kliniske arbeidet.

På samme måte som beslutningskompetansen kan fluktuere under et forløp, kan den også variere avhengig av hva det skal tas stilling til. En global vurdering av pasientens generelle beslutningskompetanse hvor det konkluderes entydig og saksuavhengig, vil ofte ikke passe med klinisk opplevd virkelighet. Beslutningskompetansen varierer avhengig av hva det skal tas standpunkt til. Dette fremkommer ikke klart ut fra utlegningene i lovforslaget. -

Hvorvidt innføring av manglende beslutningskompetanse som et vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov vil føre til økt eller redusert bruk av tvang samlet sett, er også vanskelig å si. Det synes så vidt uklart at formålet med vilkåret også blir uklart, under forutsetning av at det foreligger som klart premiss en alvorlig psykisk lidelse med behandlingsbehov. Forslaget bærer preg av kompromiss med bakgrunn i at utredningsutvalget velger å opprettholde en særlov fremfor å gå inn for en felles lov.

Vi har ingen ønsker om å stritte imot en utvikling innen det juridiske feltet i Europa med tanke på å sikre pasientenes velferd, men mener vurderinger av beslutningskompetanse er en omvei å gå i forhold til mer klinisk anvendelige begreper.



#### - Mer om vilkårene for tvungent psykisk helsevern med behandlingsbehov

Når det gjelder pasientens antatte syn på behandlingen i sykdomsfrie eller bedre faser, slik det er formulert under den nye § 4-2, 9.ledd: ”Det er sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetansen”, er vi enig i at betraktninger om antatt samtykke skal vektlegges, om enn ikke som et vilkår, men som en del av helhetsvurderingen. Her kommer menneskerettighetsperspektiver inn, som pasienters verdigrunnlag, erfaringer, kultur, preferanser, holdinger, ståsted. Her stilles det særlige krav til etisk refleksjon knyttet til behandling av sårbare grupper, ikke først og fremst ut fra et paternalisk synspunkt, men et humanistisk og kulturrelativistisk.

#### - Helhetsvurdering

I mer stabiliserte sykdomsfaser og i sykdomsforløp over tid som hos kroniske psykiatriske pasienter vil pasienters spesielle eller særegne synspunkter og subjektive verdiforankring ofte kunne skilles tydeligere fra sykdomsforestillinger. Vi foreslår at dette innarbeides som fokus for psykiatrisk undersøkelse ved kontrollundersøkelser. I den grad det er mulig vurderes dette også ved akutte tilstander, og uansett må man alltid ta en helhetsvurdering. Vurdering av helheten, slik det kreves i dagens lovgivning, bør utfordres slik at det ikke bare blir et slumrende obligatorisk påheng til en lang rekke av kriterier. Helhetsvurderingen tilsier at beslutningen skal være i pasientens interesse, og forståelsen av begrepet interesse bør i denne sammenheng være bred, ikke bare rent økonomisk.

I det nye lovforslaget skal det legges vekt på grad av motstand. Slik det beskrives her er dette uklart og tvetydig. I akutte tilfelle med behov for øyeblikkelig innleggelse vil det ikke sjelden kunne være stor grad av motstand. Som regel er den forbigående i løpet av kort tid. Vi mener at dagens tekst, som også er beholdt i det nye lovforslaget, hvor man i sin vurdering skal legge vekt på den belastning det tvangsmessige inngrepet representerer for pasienten, er mer tydelig, dekkende og tilstrekkelig.

#### - Kvalitetssikring av vilkårene for tvungent psykisk helsevern i dagens lov

Ved å sørge for nødvendig innhold i vurderingen av hva slags alvorlig psykisk lidelse som foreligger, graden av innsikt, forståelse og evne til realitetstestning, vurdering av behandlingskriteriet samt helhetsvurdering hvor disse og alle andre relevante forhold tas i betraktning, vil etter vår mening vurderingen av tvangsgrunnlaget være tilstrekkelig.

Vurderingen må da vel å merke inneholde disse elementene. Vår oppfatning er at man bør arbeide med kvalitetssikring av dette istedenfor å tilføye ytterligere vilkår. Det er mulig at



dagens helhetsvurderinger ikke tar nok hensyn til pasientens subjektive perspektiv. Dette må det gå an å implementere.

Vi mener derfor at kriterium 3 og 9 i det nye lovforslagets § 4-2 bør sløyfes.

- Klage på vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

§ 4-6: "En avgjørelse om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern regnes ikke som et enkeltvedtak som kan påklages."

Dette medfører at pårørende eller offentlig myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i slike tilfeller ikke har klagerett til kontrollkommisjonen.

Vi er tilfreds med avviklingen av klageretten i disse tilfellene.

Det åpnes i stedet for at pårørende kan "kreve at det foretas en fornyet vurdering av annet vedtakskompetent helsepersonell." Det fastslås at denne vurderingen må foreligge innen 24 timer etter den første spesialistvurderingen.

Dette medfører en rekke praktiske problemer som må løses og som det ikke er tatt stilling til. Det vil kreve ressurser og vaktordninger som synes vanskelig gjennomførbare.

- Etterprøving og forlengelse av vernet

§ 4-9: Etterprøving uten klage skal i følge det nye lovforslaget foregå rutinemessig ved muntlig høring 4 uker etter at vedtak om tvungent psykisk helsevern er fattet, og uavhengig av om pasienten velger å klage på vedtaket. Det fremkommer at en av grunnene til dette forslaget er at dagens ressursbruk knyttet til dokumentkontrollen ikke vurderes formålstjenelig. Vi har noen betenknings/kommentarer til dette forslaget:

Hvis forslaget dreier seg om en kortere muntlig orientering fra sykehusets side, f.eks. i forbindelse med kontrollkommisjonens tilsynsrunder, vil det kunne inngå som en del av det daglige kliniske arbeid for den faglig ansvarlige.

Hvis det derimot dreier seg om en mer inngående høring med forberedelse og fremleggelse av dokumenter, tilstedeværelse av pasient og dennes advokat og et tidsbruk som under de vanlige møtene i kontrollkommisjonen ved klagesaker, vil dette innebære et betydelig merarbeid og tidsbruk for den faglig ansvarlige. Vi er bekymret for ytterligere formelle pålegg og er generelt skeptiske til økt tidsbruk når dette ikke er formålstjenlig fra et klinisk synspunkt.

Forlengelse av vernet innebærer også formelle endringer i det nye lovforslaget.

Kontrollundersøkelsene hver 3. måned foreslås erstattet av at det skal innhentes samtykke fra kontrollkommisjonen til forlengelse av vernet hver 3. måned. I motsatt fall opphører tvungent psykisk helsevern. Som kommentar til dette må sies at det vel må gå an å innarbeide en rutine

hvor kontrollundersøkelsene gjøres innen 3 måneder og formelt sendes som en søknad til kontrollkommisjonen om forlengelse av vernet.

Det aner oss dessverre at forslaget er mer omfattende hva krav til dokumentasjon angår. Hadde ikke forslaget medført merarbeid, hadde det sannsynligvis ikke kommet, -det er i alle fall slik utredningen leses med sitt gjennomgående fravær av forenklinger. Hvis man krever mer omfattende dokumentasjon enn hva dagens kontrollundersøkelser innebærer, utgjør dette forslaget nok en byråkratisering av psykiatrisk arbeid. Utvalget må i så fall overveie konsekvenser av økende tidsbruk på dokumentasjon.

Vårt forslag er at kontrollkommisjonene isteden strammer inn dette med kontrollundersøkelser, slik at undersøkelsen skal være gjort innen 3 måneder om den skal være gyldig. Det er ikke uvanlig praksis nå at disse kontrollundersøkelsene gjøres både 1, 2 og 3 uker etter 3-månedersfristen. Igjen er det vår oppfatning at det er bedre å etterfølge nåværende lovgivning enn å lage nye vilkår fordi nåværende lovgivning av forskjellige grunner skjønnsmessig skyves på.

#### - Gjennomføring av psykisk helsevern

##### § 5-3 og § 5-10: Skjerming og tvangsmidler

Man tilsikter minst mulig bruk av tvang også ved gjennomføring av psykisk helsevern.

Tvangens utforming er ikke gradert i lovforslaget. Vi mener at skjerming og isolering er å anse som mindre inngripende former for tvang enn beltelegging.

Skjerming vurderes som et humant tiltak som gjør at andre mer inngripende former for tvang kan reduseres.

Selv om isolering brukes meget sjelden, bør man ikke fjerne muligheten for dette. Gjort i henhold til forskrift mener vi at ved faresituasjoner bør isolering i enkelttilfelle kunne benyttes kortvarig. Det vil kunne forhindre enda mer inngripende former for tvang. Slik lovforslaget er utformet vil videre utprøving og optimalisering av isolering være forbudt. Dette bør man se nærmere på.

##### § 5-5: Behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling)

Dagens lovgivning er allerede meget omfattende med tanke på vilkår for behandling uten eget samtykke. Vi er uenig i en obligatorisk, generell utvidelse av observasjonstiden fra 3 til 6 dager som prinsipielt vilkår. Dette bør etter vår oppfatning nyanseres (se nedenfor).

Pasienter med velutredet psykiatrisk lidelse med dokumentert god effekt av nevroleptika bør kunne behandles medikamentelt, også om nødvendig mot sin vilje og uten unødig observasjonstid. Det samme gjelder ved maniske tilstander og tilstander med agitasjon, uro og

uttalt søvnløshet. Erfaring viser at slike tilstander først snur når døgnrytme og søvn reetableres.

Ved nysyke, førstegangsinnlagte pasienter og ved ukjente pasienter hvor det er utilstrekkelig informasjon fra tidligere behandling annet sted, samt ved uklar etiologi hvor psykososiale stressorer synes å være fremtredende, vil man imidlertid kunne trenge lenger tid til evaluering før man vedtar å igangsette inngripende medikamentell behandling, og særlig når dette er mot pasientens uttrykte vilje.

Vi mener man bør skille mellom førstegangs psykosepasienter og pasienter med tilbakefall av schizofreni, på samme måte som man gjør i Sverige.

Ved den første pasientgruppen anbefales at man er tilbakeholden med tidlig oppstart av medikamentell behandling. Man anbefaler medisinfrihet i ca. 1- 2 uker slik at man får utredet pasienten diagnostisk.

Ved tilbakefall er pasienten ofte i en så vidt dårlig tilstand at det ofte er nødvendig med tvangsinnleggelse for å gi pasienten god behandling. I de fleste slike tilfelle har pasienten autoseponert antipsykotisk medisin.

For å forkorte de akutte sykdomsfasene vil de fleste pasienter ha god effekt av raskt innsettende antipsykotisk medikasjon, og dermed vil også varigheten av tvungent psykisk helsevern kunne forkortes. For denne pasientgruppen vil en utvidelse av den obligatoriske undersøkelsestiden fra 3 døgn til 6 døgn være mot sin hensikt.

Faglig sett er forebygging av tilbakefall meget viktig. Av den grunn anbefaler svensk psykiatri at man i større grad bruker depotinjeksjoner i stedet for tabletter.

Vedtaket om behandling uten eget samtykke skal inneholde flere andre punkter som blant annet

d) forventet behandlingsmessig effekt og når denne forventes å inntre.

Det er mange faktorer som spiller inn her, som komorbiditet, metaboliseringshastighet hos den enkelte pasient, røykevaner, allmenntilstand, rusmiddelbruk etc.

Man kommer neppe lenger enn til kvalifiserte antagelser.

Likedan skal vedtaket inneholde nedtegnelse av

e) forventede bivirkninger og eventuell risiko for varig skade som følge av legemidler som benyttes.

Det er ikke bare selve legemiddelet isolert sett som kan gi bivirkninger og uønskede effekter, men av betydning er også dosering, polyfarmasi, rusinntak og somatiske sykdommer/tilstander hva angår bivirkninger og eventuell risiko for varig skade. Det blir derfor ikke presist nok at det nedtegnes hvilke bivirkninger som kan forventes. Her bør det

heller angis hvor høy risiko det er for hvilken bivirkning. Det samme gjelder også for varig skade. Nytt i lovforslaget er også en konfereringsplikt, ved at vedtaket skal inneholde j) hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.

Her trengs det en utdyping vedrørende hva kvalifisert helsepersonell betyr i denne sammenheng og også når det gjelder oppfatninger i forhold til hva.

### **Oppsummering og konklusjon**

NOU 2011: 9 om økt selvbestemmelse og rettsikkerhet kommer med et lovforslag som tenkes å skulle erstatte lov av 2. juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykiske helsevern. Vi stiller likevel et spørsmål om man i stedet for å lage en ny lov etter 12 år kunne brukt krefter og kompetanse på å kvalitetssikre den tvangen som allerede er lovfestet. Det er avdekket store regionale forskjeller i tvangsbruk, og dette i seg selv er noe man i første omgang kunne vurdert intervensjoner/tiltak i forhold til. Praktisering og fortolkning av dagens gjeldende lov er med andre ord en faktor.

Hvorvidt det nye lovforslaget gir det den bør når det gjelder å bedre menneskerettslige og verdige vilkår for psykisk syke mennesker, er usikkert. Lovutvalget har imidlertid nedlagt et betydelig og imponerende arbeid når det gjelder kartlegging, bakgrunnsmateriale og refleksjoner/avveininger. Det har hatt begrenset tid, og satt sin ære i å holde de oppsatte frister. Økonomiske, praktiske og kliniske konsekvenser med tanke på det betydelige merarbeid lovforslaget innebærer er i liten grad berørt.

Vi håper at høringsrunden kan modifisere noen av de vilkårene det er pekt på, og vil samtidig avslutte med en stikkordsmessig oppsummering av vår høringsgruppes synspunkter:

#### **Positivt:**

- Økt fokus på menneskerettigheter
- Fokus på minst mulig og riktig bruk av tvang
- Fokus på ensartet praksis over hele landet.
- Økt vektlegging av pasientens selvbestemmelse ved gjennomføring av psykisk helsevern
- Lettere adgang til fri rettshjelp

#### **Bekymringsfullt er:**

- At rettsoptimisme i noen grad skyver til side velferd og humanisme
- At økt byråkratisk press vil kunne gi et svakere klinisk fokus og fundament

- At økonomiske og menneskelige krefter brukes på økt byråkratisering istedenfor på bedre velferd for pasientene
- At pasienter kan stigmatiseres ved at psykiatri og farlighet kobles tettere sammen
- At man lager nye vilkår istedenfor å kvalitetssikre praktiseringen av de nåværende ( jf. store regionale forskjeller i tvangsbruk)

**Konkrete forslag:**

- Begrepet alvorlig psykisk lidelse bør defineres bedre.
- Vedtak om undersøkelse som premiss for frivillig legeundersøkelse med tanke på å vurdere om vilkårene for innleggelse på tvungen observasjon eller tvungent psykiske helsevern foreligger, gir ikke mening eller substans.  
Hvis pasienten imidlertid unndrar seg slik legeundersøkelse, må vedtak om dette fattes før undersøkelsen. Kriterier for øyeblikkelig hjelp bør avklares og vurderes.
- Forslaget om at tvungen observasjon kan iverksettes på grunn av selvmordsforsøk eller selvmordsrisiko, selv om det ikke med sannsynlighet foreligger en alvorlig psykisk lidelse, bør utgå.
- Beslutningskompetanse er klinisk uegnet som kriterium ved etablering av tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov.
- Isolering bør kunne utprøves nærmere, optimaliseres og brukes på indikasjon.
- Observasjonstidens lengde før ev. vedtak om tvangsbehandling bør nyanseres.
- Ved forlengelse av tvungent psykisk helsevern bør også pasientens subjektive opplevelse vektlegges under helhetsvurderingen.
- Høring 4 uker etter vedtak om tvungent psykisk helsevern må ikke ha form og tidsbruk som ved et rettsmøte.

---

---





Nødrett og nødverge handler om akutte situasjoner. Men : må arbeidstakere og medpasienter virkelig vente til det foreligger en nødsituasjon før de på lovlig vis kan verne om seg selv og andre? Under dagens lovverk er svaret faktisk ”ja.”

Det er uheldig at lovutvalget heller ikke denne gangen har valgt å se nærmere på dette.

Det er flere grunner til at ansatte og medpasienter burde ha utvidete og lovfestede rettigheter når det kommer til ivaretagelse av egen sikkerhet:

Arbeidsgiver har ansvar for de ansattes sikkerhet. Arbeidstakere – også i psykisk helsevern - er vernet av arbeidsmiljøloven. Ansatte skal ikke utsettes for vold, trakassering eller annen utilbørlig oppførsel. Arbeidstilsynet utga i 2009 en publikasjon med tittelen ”Vold og trusler på arbeidsplassen”. Der skrev de at ” Helse- og sosial” står som nummer en av de fem mest utsatte bransjene når det gjelder å bli utsatt for vold og trusler på jobb. I tillegg antok man at det er store mørketall, særlig i institusjoner hvor vold og trusler er en del av hverdagen.

Psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven setter klare begrensninger for hvilke tiltak som er mulig å gjøre i psykiatriske avdelinger.

Disse kryssende hensyn mellom arbeidsmiljøloven og psykisk helsevernloven/pasientrettighetsloven er ikke drøftet ved tidligere lovendringer. Dette er en alvorlig mangel ved gjeldende lovverk, og er dessverre ikke berørt i lovutvalget.

Medpasienter omfattes også av EMK og har rett til personlig frihet og sikkerhet. Det kan gjøres visse unntak i retten til frihet. Straffeprosessloven og psykisk helsevernloven er eksempler på lover som regulerer slike unntak. Retten til sikkerhet er det imidlertid ingen unntak fra.

Det synes urimelig at samfunnet kan plassere mennesker under tvang i institusjoner, sammen med voldsutøvere, uten at personalet kan verne dem i annet enn nødsituasjoner. Vern mot vold fra andre pasienter må være en pasientrettighet på linje med andre rettigheter.

Forholdet mellom medpasienters rett til sikkerhet og den enkeltes rett til autonomi er ikke drøftet ved tidligere lovendringer og heller ikke i NOU 2011:9.

### **Ransaking**

RSA har gjennom flere år rettet henvendelser til Helsedirektoratet med spørsmål vedrørende ransaking. Avdelingsledelsen har gjort rede for de spesielt utfordrende situasjonen som oppstår i møte med pasienter med svært høy voldsrisiko. Det er bedt om lov til å gjennomføre rutinemessige ransakinger. Ettersom slike unntaksbestemmelser ikke har hjemmelsgrunnlag, er det fra myndighetenes side gitt avslag, og lovnad om at problemstillingen skal tas opp ” i neste runde.” NOU 2011:9 har ikke berørt ransaking.

Lovutvalget *har* sett på tvangsmidler.

Ransaking har ikke vært diskutert som et tvangsmiddel. I annet lovverk, som straffeprosessloven, hører ransaking naturlig sammen med andre inngripende tiltak. Men i psykisk helsevernloven er det noe annet. I denne sammenheng har dette medført at ransaking heller ikke denne gangen har blitt diskutert.

### **Farekriteriet**

I NOU 2011:9 vises det til at sivilrettslig farevurdering er diskriminerende sett fra brukersynspunkt. En utilsiktet vikning av en eventuell lovendring vil være at man i stedet får en kriminalisering av psykisk syke. Dette er neppe ønskelig. ”Spørsmålet om samfunnsbeskyttelse ved fare for andre bør utredes grundig og bli gjenstand for offentlig debatt.” RSAs oppfatning er at dette bør vurderes ved denne



eventuelle lovendring, og ikke utsettes på nytt.

### **Beslutningskompetanse**

I NOU 2011:9 foreslås lovendringer hvor samtykkekompetansebegrepet i helselovgivningen skal byttes ut med begrepet "beslutningskompetanse". Begrunnelsen for dette er at "beslutningskompetanse" er mer dekkende, og vektlegger pasientens rett til å nekte behandling i like stor grad som retten til å akseptere. Denne begrepsendringen oppfattes fra RSAs side som unødvendig, ettersom "samtykkekompetanse" både etisk og i medisinsk praksis omfatter både retten til å akseptere og til å nekte, begge deler etter informasjons- og refleksjonsprosesser.

RSA er enige i at samtykkekompetanse (eller beslutningskompetanse) er viktig for å ivareta pasientens integritet og selvbestemmelsesrett. Slik som samtykkekompetanse vektlegges i medisinsk etikk og i lovgivningen legger den grunnlaget for alliansebyggende arbeid overfor pasienter. Det er imidlertid viktig å huske at beslutningskompetanse hos pasienter ikke er en statisk tilstand, men en tilstand som vil variere med tid, sak, situasjon og helsetilstand.

Beslutningskompetanse som beskrevet i lovendringsforslaget i pasientrettighetsloven §4-3 i er en klassisk beskrivelse av samtykkekompetanse (informed consent) i medisinsk etikk. Samtykkekompetanse vurderes av helsepersonell parallelt med at dialog om sykdom og behandlingstilbudene foregår. Målet er at en beslutning tas med tanke på om helsehjelp skal gis eller ikke. Å avklare samtykkekompetanse er noen ganger en kort og enkel prosess. I mange tilfeller vil imidlertid både sykdommen og behandlingstilbudene være kompliserte. I tillegg vil pasientens evne og mulighet til å forstå variere av mange årsaker. Å vurdere samtykkekompetanse kan derfor være en svært utfordrende prosess, som vil kunne måtte foregå trinnvis.

RSA støtter ikke manglende beslutningskompetanse som et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern der hvor det foreligger alvorlig sinnslidelse og kun behandlingskriteriet er oppfylt. Det er vanskelig å se at beslutningskompetanse vil være mer et mer konkret eller et lettere overprøvbart kriterium enn alvorlig sinnslidelse /alvorlig psykisk lidelse med behandlingsbehov.

Innføring av beslutningskompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern (og tvungen observasjon) er høyst usikkert prosjekt, særlig hvis et av de viktigste målene er å redusere antall vedtak på etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Foreløpig kan ingen spå om hvordan vilkår om beslutningskompetanse vil påvirke etablering av tvungent psykisk helsevern i praksis. Muligheten for at dette vilkåret vil øke bruk av tvangsinnleggelse er absolutt til stede. Her må det igjen minnes om at beslutningskompetanse kan variere med tid, og i sin ytterste konsekvens kunne medføre tvangsinnleggelse av mennesker med kortvarig mangel på beslutningskompetanse. En annen mulighet er at beslutningskompetansebegrepet vil bli tolket så snevert at færre personer vil bli tatt imot på tvungent psykisk helsevern. Hvis utfallet av denne lovendringen blir at færre psykotiske personer blir tatt imot til tvungent psykisk helsevern og færre blir behandlet med antipsykotika kan konsekvensen bli alvorlig for pasientene og deres pårørende. Langvarige, ubehandlede psykoser kan føre til helseskade på kort og lang sikt. Intensjonen bak lovendringen kan neppe være at mennesker må begå alvorlige og/eller kriminelle handlinger før psykisk helsevern har mulighet til å gripe inn.

Spørsmålet om *når* en pasient har gjenvunnet tilstrekkelig beslutningskompetanse til at psykisk helsevern skal oppheves er et tema som i tilstrekkelig grad er berørt i lovforslaget. For den enkelte faglig ansvarlige vil dette være en stor utfordring i daglig klinisk virksomhet.

### **Antatt samtykke**

Antatt samtykke og forhåndserklæringer bidrar ytterligere til kompleksiteten i vurderinger av etablering av tvunget vern. Vurdering av antatt samtykke og forhåndserklæringer krever betydelig kunnskap om personen og betydelig bakgrunnsinformasjon om de forhold som førte til beslutningene. Dette vil som regel ta mer enn 24 timer å avklare, men som kjent er det tiden faglig ansvarlig har til å treffe vedtak om tvangsinnleggelse. Når slike forhåndserklæringer eller antatt samtykke skal vurderes og tas stilling til er det viktig å finne ut om disse uttalelser eller skriftlige kildene er laget av en person med sin beslutningskompetanse i behold. Dette stiller store krav til bevisbyrde i begge retninger og meget vanskelig å avgjøre også hvor vurderingene ikke dreier seg om psykiske lidelser. Det utgjør også et problem at personer endrer sin mening ut i fra ny situasjon, nye livserfaringer og andre ting som vektlegges i ulik grad i ulike livsfaser. Det er også mulig at forhåndserklæringer og antatt samtykke bygger på kunnskapsgrunnlag om behandling som var tilgjengelig da uttalelsen ble gitt, men at dette endres gjennom kontakt med behandlingsapparatet.

Det er heller ikke foreslått hvordan forhåndserklæringer skal formaliseres.

Ved manglende samsvar mellom uttalelser i tidligere erklæringer og i nåtidsuttalelser vil det være stor usikkerhet omkring hva som skal betraktes som gyldig. Det er i lovforslaget ikke tatt stilling til hvordan dette skal håndteres. I helsevesenet vil alle disse uklarheter føre til svært forskjellig praksis.

Asker, 25.11.11

Fagrådet ved Regional sikkerhetsavdeling  
V/leder Anne Kristine Bergem, avdelingsoverlege

# Vedr. NOU 2011-9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

---

## *Om styrking av pasientens selvbestemmelse*

Utvalget forslår å innføre begrepet «beslutningskompetanse» i stedet for samtykkekompetanse. De anbefaler en overgang til et kompetansebasert system for psykisk helsevernloven og at det ikke kan anvendes tvungent psykisk helsevern mot mennesker som har beslutningskompetanse. Utvalget foreslår at det oppstilles et krav om antatt samtykke som vilkår for tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon. Slik vi forstår dette, mener utvalget at pasientens beslutningskompetanse skal vurderes i alle tilfelle der det vurderes innleggelse til tvunget vern, og der behandlingskriteriet er tilleggskriterium og at man kun kan legge inn til tvunget vern dersom man antar at pasienten ville ha samtykket dersom hun/han ikke hadde vært syk.

Dette fordrer at man som innleggende lege har mulighet til å vurdere hva pasienten ville ha ment om behandling. Det er ikke i alle sammenhenger mulig å gjøre denne typen vurderinger. Leger ved DPS kan bli kalt ut til pasienter man ikke har truffet før, og der denne typen vurderinger vil være avhengig av skjønn eller av pårørendes oppfatninger. Verken legens vurdering på stedet eller pårørendes oppfatning er etter vår mening nok til å sikre pasientens rettsikkerhet og selvbestemmelse. Det må derfor utarbeides kriterier for vurdering av beslutningskompetanse som tar hensyn til den virkelige, kliniske hverdagen og hva man som lege kan gjøre i en situasjon der pasienten er ukjent.

Ut over dette mener vi at en tettere sammenheng mellom pasientrettighetslovens § 4.2 og psykisk helsevernloven, ville være nyttig klinisk. Dersom man stiller krav om antatt samtykke, fordrer dette at behandlere ved DPS i samarbeid med pasienten og pårørende lager en kriseplan for innleggelser som er detaljert nok til å sikre at pasientens selvbestemmelse og behov for behandling ivaretas dersom pasienten blir syk. Dette krever muligens for en del pasienter tettere oppfølging enn i dag, og vil igjen kunne kreve mer ressurser. Krav om at pasientens antatte samtykke skal ligge til grunn ved tvangsinnleggelser, vil også stille krav til tettere samarbeid mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling der man i større grad enn i dag må ha en felles forståelse av pasientens behov og ønsker.

## Tvunget psykisk helsevern

Utvalget forslår å beholde hovedkriteriet, men forandre til alvorlig psykisk lidelse. Vi mener det er riktig å beholde hovedkriteriet, fordi dette i praksis er grunnlaget for hele særlovgivningen.

Bedringskriteriet er foreslått endret til « å hindre vesentlig helseskade». "Vesentlig helseskade" vil sannsynligvis bli tolket litt strengere enn nåværende formulering "vesentlig forverring av pasientens tilstand", noe som kan være uheldig. Det vil kunne innebære at pasienten ikke får adekvat behandling (nødvendig tvungen behandling) hvis man ikke kan vise til at han/hun tidligere eller allerede har fått "en vesentlig helseskade".

Det er bra at forverringskriteriet opprettholdes, dette gjelder mange pasienter med langvarige, kroniske sykdomsforløp der bedring i liten grad er mulig.

Forslaget om mulighet til tvungen obs i inntil 3 dager for pasienter som er selvmordstruet men ellers ikke oppfyller kriterier for tvunget vern, har både fordeler og ulemper. En tre dagers innleggelse gir mulighet for å roe en situasjon og kan i noen tilfeller være god omsorg for pasienter med f. eks ustabil personlighetsforstyrrelse. På den annen side kan det medføre at pasienter som behandles ved DPS i noen situasjoner kan komme til å ønske en innleggelse som ikke er i tråd med god, faglig behandling og som dermed kan påvirke behandlingsalliansen med behandler ved DPS negativt.

Man foreslår krav om vedtak ved alle legeundersøkelser der det skal vurderes innleggelse på tvang, uavhengig av om pasienten samtykker til innleggelse eller ikke. Dette kan bety en økt byråkratisering av undersøkelsene, men muligens øke pasientens rettssikkerhet.

Det synes likevel problematisk at man skal kreve et vedtak når pasienten samtykker til undersøkelse. For det første kan det bli praktisk vanskelig, man vet ikke alltid før man snakker med pasienten om man vil ende opp med å vurdere innleggelse på tvang. Det kan også virke meningsløst dersom pasienter som på eget initiativ og frivillig møter til undersøkelse ved DPS (eller hos egen lege) ikke kan innlegges til tvungent psykisk helsevern dersom det vurderes nødvendig. Å innhente et vedtak om tvungen legeundersøkelse i etterkant av en slik undersøkelse gir ikke mening.

Videre foreslår utvalget at den faglig ansvarlige skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Hva menes her med «annet kvalifisert helsepersonell?» Hvilken myndighet skal annet helsepersonell ha? Det er åpenbart svært viktig å diskutere saker med kolleger, men i denne sammenhengen savner vi en presisering av hva slags funksjon denne obligatoriske rådgivningen skal ha.

#### Gjennomføring av TPH

Utvalget foreslår økt tid for observasjon før vedtak om tvungen behandling med legemidler (til 6 dager). Det er mulig at dette vil kunne føre til en forverring av pasientens tilstand, evt. mer bruk av tvangsmidler.

At kontrollundersøkelsene endres til søknader vil kunne føre til betydelig merarbeid, men ikke nødvendigvis endre vedtaksansvarligs vurdering av behov for TPH.

Konverteringsforbudet bør etter vår mening begrenses til overføring fra frivillig døgnbehandling til tvungen døgnbehandling, evt. frivillig poliklinisk behandling til TPH uten døgnopphold. Det bør ikke gjelde overføring" til høyere omsorgsnivå" på TPH.

Grunnen er at konverteringsforbudet innebærer unødvendig byråkrati og er en risikofaktor ift pasientsikkerhet for alvorlig psykisk syke pasienter som er i behov for innleggelse på TPH. Det innebærer en fare for pasientens rettssikkerhet og helse når han/hun sendes hjem fra en poliklinisk konsultasjon, skrives ut fra DPS-et, det innhentes vedtak om tvungen legeundersøkelse fra bydelsoverlegen og de samme ansatte ved DPS reier hjem til pasienten samme dag og gjennomfører innleggelsen.

*Kontroll – og overprøvingsordninger*

Dersom man etablerer en felles kontroll – og overprøvingsinstans slik utvalget foreslår, må man sikre at dette organet har nok kompetanse til å vurdere spørsmål knyttet til medisinsk og medikamentell behandling. Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker er foreslått som kontrollinstans. Disse nemndene må i så fall bemannes slik at medisinsk-faglig kompetanse sikres.

Med hilsen

Erlend Hangaard  
Avdelingsoverlege  
Josefinegate DPS

Trude Fixdal  
Avdelingsoverlege  
Søndre Oslo DPS