

Vår dato
31.01.2012
Deres datoVår referanse
11/06318-5 - 330
Deres referanseHelse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Høringsuttalelse – NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Utvalgets rapport har innad i vår klinikk vært drøftet først og fremst blant psykiatere og psykologspesialister i klinikkens Psykiatriske sykehusavdeling. Denne uttalelsen er basert på innspill til rapporten fra det kliniske miljøet i denne avdelingen, vesentlig fra avdelingens akuttposter.

I tillegg til synspunkter på de konkrete endringsforslag som er omtalt i rapporten, er det i denne prosessen fremkommet mer generelle synspunkter på spørsmål knyttet til tvang i det psykiske helsevern generelt og på Lovutvalgets tilnærming til problemstillingene spesielt. Vi velger å redegjøre for disse synspunktene under avsnittet generelle betraktninger. Deretter vil vi redegjøre for synspunkter på de mer konkrete forslag til endringer.

Generelle betraktninger

Innledningsvis knytter det seg noen problemstillinger allerede til tittelen ”Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet”. Etter vår oppfatning legges det her til grunn noen forutsetninger og føringer som har en innsnevrende virkning på det videre arbeid, foreslåtte løsninger og ikke minst de begrunnelser som er valgt.

Det er konflikten mellom hensynet til pasientens autonomi (selvbestemmelse) på den ene side og hensynet til forhold som tilsier ulike tvangsinngrep på den annen side, som er det gjennomgående motsetningsforhold innenfor de ”veivalg” som er omhandlet. Det knytter seg rettssikkerhetsmessige, etiske og faglige utfordringer til begge disse hensyn. Ved formuleringen av tittelen har en allerede i utgangspunktet vinklet fremstillingen og foretatt en avveining av de veivalg som en her står overfor. Etter vår oppfatning begrenser denne forforståelsen spesielt den faglige og etiske refleksjon rundt de forslag som fremsettes og ikke minst begrunnelsene som gis. Denne vinklingen kommer også til uttrykk i utvalgets sammensetning hvor en ser at spesielt fagetisk og utøvende klinisk kompetanse er svakt – eller ikke - representert.

Med dette utgangspunkt oppstår en spennig mellom form og innhold i rapporten på den ene side og det kliniske miljøet på den annen, som er påtakelig i lys av de reaksjoner som fremkommer fra våre klinikere . Dette innebærer at det juridiske og mer forvaltningsmessige utgangspunkt som rapporten preges av, kommuniserer dårlig inn mot det mer faglige og etiske utgangspunkt som står klinikerne nærmest.

Dette vil i neste omgang få uheldige konsekvenser for det videre implementeringsarbeidet.

Som en del av dette må det også påpekes at utvalget ser ut til å forutsette at kvaliteten av behandlingen er god nok, og i hvert fall faller utenfor deres mandat, og at denne kan videreføres nærmest upåvirket av de lovendringer som foreslås. Det er i for liten grad problematisert at pasienten har to ulike behov/rettigheter, både for kvalifisert behandling og for at rettssikkerheten er

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Klinikkledelsen
Postboks 416
4604 Kristiansand**Besøksadresse**
Eg
4615 Kristiansand**Telefon**
+47 38 03 86 00
Telefaks
+47 38 03 86 01
Bankkonto
6468.05.01465**Administrasjonsadresse**
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00**Foretaksregisteret**
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

ivaretatt. Den kliniske hverdag gir holdepunkter for å hevde at det kreves en innbyrdes avveining av disse to behov mot hverandre – og at ivaretagelse av det ene ikke uten forbehold også støtter det andre. Disse behov kan komme i konflikt delvis fordi begge langt på vei skal ivaretas av de samme ressurser, men også fordi det her er rolleforskjeller (som ”behandler” og ”vedtaksansvarlig”) som kan være innbyrdes forstyrrende og utfordrende.

En av våre mest erfarne psykologspesialister skriver for eksempel slik (som en kommentar til denne NOU):

..... jeg har fått en bekymring om at psykisk helse i større grad skal preges av juss, uten at jeg tror at pasientene profitterer på det. Jussprofessor i Helserett, Asbjørn Kjønstad, har ved flere anledninger pekt på at helsevesenet stadig mer blir på juristenes premisser. Er det en slik utvikling vi ønsker? Blir pasientene friskere av at de og vi har enda mer fokus på lover og regler? Min erfaring etter over 10 år i akuttavdeling, er at pasientene og pårørende ønsker samtaler med kvalifisert personale, samtaler som kan gi håp om bedring og hjelp til å takle livet og sine psykiske problemer på en bedre måte. For meg ser det ut til at en del av forslagene til Paulsrudutvalget vil føre til økt byråkratisering og jussifisering av helsevesenet, noe som jeg ikke tror tjener pasientene, og som jeg heller ikke tror at de pårørende ønsker. En løsning kan jo bli at det i de psykiatriske avdelingene ansettes jurister som kan formulere/skrive vedtakene for psykiaterne og psykologene, slik at vår tid kan brukes til det de er utdannet til og som pasienter/pårørende/samfunnet etterspør, og som bidrar til at pasientene blir bedre/får det bedre. Ingen pasienter blir bedre av at jeg bruker mye tid til å sitte foran skjermen og skrive om dem.....

Og videre:

.....Av rapporten får jeg inntrykk av at pasientrettigheter bare dreier seg om juss. Men hva med pasientenes rett til behandling av høy kvalitet? Istedenfor at pas som tas imot til tvungent psykisk helsevern skal ha rett til 3 timer med advokat, som Paulsrudutvalget foreslår, kunne jeg tenke meg å heller foreslå at de skal ha rett til 3 timer med en spesialist i psykiatri/klinisk psykologi, for eksempel i løpet av den første uken. Det er ikke alle pasienter som ser så mye til spesialistene utenom når det skal fattes vedtak. Hva med å stille krav om kvaliteten på behandlingen?.....

I kap 3 Sammenfatning av utvalgets konklusjoner, under punkt 3.1, står det at ”utvalget legger stor vekt på at tvang kan ha negative konsekvenser for behandlingsalliansen mellom pasienten og helsepersonellet”. Dette er ikke min erfaring. Det som har mest betydning er hvordan samtalen foregår under paragrafvurderingen.....

...I løpet av 10 år har jeg bare opplevd en eneste gang at pas var sint på meg etter at jeg fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern. Men jeg har derimot mange ganger blitt skjelt ut av fortvilte pårørende når jeg har overført en pas til frivillig psykisk helsevern. Det er beklagelig hvis fokuset blir på menneskerettigheter/juss på bekostning av behandlingsrettigheter. Det pasientene og pårørende ønsker, er gode konstruktive samtaler.....

Konkrete forslag til endring

Behandling uten eget samtykke – tvangsmedisinering

Utvidelse av observasjonstiden fra 3 til 6 døgn

Vi er enige i at en utvidelse av observasjonstiden både vil kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for et evt vedtak og at dette vil kunne øke mulighetene for å oppnå frivillighet til behandling. En slik utvidelse vil imidlertid forutsette at det gis anledning til unntak. Mens man i dag anbefaler lang

observasjonstid og tilbakeholdenhet med medikamentell behandling hos eksempelvis debut av psykoser og ved uklare tiltander, er situasjonen ofte en annen ved tilbakefall av psykose hos pasienter med mangeårige psykoselidelser.

Vi er opptatt av at svært syke pasienter med psykose og stort behandlingsbehov får ivaretatt sin rett til behandling. Dette gjelder eksempelvis pasienter med maniske psykoser, der induksjon av søvn og reetablering av døgnrytme gjennom medikamenter svært ofte bidrar til å snu tilstanden, mens et eskalerende forløp de første døgn ofte resulterer i en tilstand det vil ta lang tid å behandle, ofte med omfattende behov for tvang. Et annet eksempel er alvorlige depresjoner med vrangforestillinger og forgiftningssideer, der pasientene kan ha et betydelig lidelsestrykk. Vi kan ikke se at dette er tilstander som kommer inn under begrepet ”vesentlig helseskade”, imidlertid anser vi det som tilstander der det er i pasientens interesse å komme raskt til med adekvat behandling

Vi er videre uenig i at man ikke kan gjøre unntak fra observasjonstiden i situasjoner der pasienten er godt kjent og der man fra tidligere har god dokumentasjon på effekt av medikasjon. Dette vil eksempelvis gjelde pasienter som tidligere har vært grundig observert, der manglende sykdomsinnsikt er en del av sykdomsbildet. Vi kan vanskelig se hvordan er utvidet observasjonstid i disse tilfellene ivaretar pasientens rettssikkerhet og det kan synes som om man her undervurderer pasientenes lidelsestrykk knyttet til psykose i mange situasjoner.

Forbud mot depotinjeksjoner i unntakssituasjoner.

Utvalget foreslår at man i situasjoner der pasienten vil lide ”vesentlig helseskade” uten adekvat medikamentell behandling kan gjøre unntak fra observasjonstidskravet – men at man i slike situasjoner ikke kan gi depotinjeksjoner. Dette krever en nærmere presisering. Et korttidsvirkende antipsykotisk medikament vil i regelen kun ha varighet få timer, noe som etter vår oppfatning vil kunne gi behov for hyppige injeksjoner. Vi kan vanskelig se at dette alltid er i pasientens interesse.

Bruk av forhåndserklæringer

Utvalget forslår at pasienters tidligere uttrykte holdninger til bruk av tvangsbehandling skal tillegges betydelig vekt, der disse er avgitt i faser der pasienten er antatt å ha beslutningskompetanse. Vi er enige i dette, også at pårørendes synspunkter skal tillegges vekt. Imidlertid synes det som om utvalget i sitt forslag har sett bort fra den muligheten at pasienten i slike erklæringer kan gi uttrykk for at de faktisk ønsker rask igangsetting av behandling, en holdning som eksempelvis er vanlig hos pasienter med bipolar lidelse. Slik vi leser lovendringsforslagene gis pasienten ikke denne muligheten, og de frataes derved retten til hva de anser som adekvat behandling.

Mulighet for domstolsprøving

Vi er enige i at denne muligheten innføres.

Øvrige forslag

Kontrollundersøkelser

I utkastet til lovforslag framgår ikke kravet om kontrollundersøkelser etter § 4.9 i gjeldende lov. Det ses en innskjerpelse på den måten at kontrollkommisjonene ikke kan samtykke til forlengelse av det tvungne vernet lenger enn 3 måneder mot nå ett år.

En kan undre seg om dette er en nødvendig endring. Det kan tolkes som at man mener dagens kontrollundersøkelser etter § 4.9 ikke gjøres på en god måte, eller er av variabel kvalitet. Mener utvalget det, og i så fall, hva bygger man det på?

Det kan se ut som det legges opp til at vernet kan etterprøves i Kontrollkommisjonen hver 3.mnd, med full behandling av saken med pasient til stede. Dette vil medføre mer ressursbruk til Kontrollkommisjonen enn er tilfelle i dag. Har man tenkt over konsekvensen av dette? Etter vår oppfatning kan man risikere en mer overfladisk behandling av saken på denne måten.

Beslutningskompetanse

Vi ser at det kan argumenteres for at ”beslutningskompetanse” er en mer dekkende betegnelse enn ”samtykkekompetanse”. Men dette er et svært komplisert begrep og en kan ikke se at dette er beskrevet på en tilstrekkelig presis måte. Det forholder seg heller ikke til vanlig brukte kliniske begreper. Dette vil uansett være tidkrevende å vurdere/dokumentere og i tillegg må vi anta at beslutningskompetanse er en svært varierende tilstand selv innenfor et avgrenset tidsrom. Beslutningskompetanse må i tillegg vurderes kontekstuellt (avhengig av hvilke beslutning som skal tas med mer) og samlet sett innebærer dette at fravær av beslutningskompetanse ikke kan være en forutsetning verken for etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern (begrunnet i behovet for behandling).

Antatt samtykke

Vi er enig i at spørsmålet om antatt samtykke skal underkastes en konkret vurdering dersom det er behovet for behandling som er grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Krav om vedtak for alle legeundersøkelser som gjennomføres med henlegg på tvungent psykisk helsevern

Det ligger også her gode intensjoner, men vi er bekymret for økende omfang av formaliteter og dokumentasjon. I prosessen frem til iverksettelse av et vedtak om tvungent psykisk helsevern vil det alltid på et punkt måtte finne sted et form for brudd med pasientens autonomi. Vi synes ikke det er hensiktsmessig å plassere dette punktet slik at det også må fattes tvangsvedtak for pasienter som frivillig kommer til undersøkelse som en risikerer kan ende i anmodning om tvungent psykisk helsevern. Ikke helt sjelden vil dette utfallet heller ikke være oppfattet som aktuelt forut for undersøkelsen, men mer fremkomme i løpet av en konsultasjon. Det vil her oppstå gråsoner i forhold til hva som er vedtakspliktig og hva som ikke er det.

Tre dagers tvungen observasjon ved suicidalfare.

Dette representerer en utvidelse av muligheten for tvungen observasjon – der det foreligger alvorlig selvmordsrisiko, men ikke er mistanke om alvorlig psykisk lidelse. Vi finner det svært betenkelig at selvmordsrisiko – som vi oppfatter som et symptom – kan utløse et slikt tiltak, uavhengig av hva som er bakgrunnen, hvilke lidelse dette dreier seg om med mer. En ikke ubetydelig del av disse pasientene har en personlighetsforstyrrelse som i utgangspunktet tilsier at en skal være svært tilbakeholdende med innleggelse i psykiatrisk institusjon. Videre vil det være avgrensingsproblemer knyttet til gradering av selvmordsrisiko. Hvilke risiko kan foranledige tvungen observasjon og hvilke ikke?

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Helge Skard Dokka
Faglig rådgiver