



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:
20102469

VÅR REF: / OUR REF:
2011/1080 II ASO

DATO: / DATE:
2. februar 2012

Hørings svar – NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Innledning

Vi viser til brev av 25. august 2011 der Helse- og omsorgsdepartementet legger frem til høring *NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelse og omsorgsansvar i psykisk helsevern.*

Dokumentet er utarbeidet av et regjeringsoppnevnt lovutvalg som har hatt som mandat å gjennomgå etiske, faglige og rettslige sider ved tvangslovgivningen innen psykisk helsevern og ved praksis, samt å vurdere loven i forhold til samtykkebestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og menneskerettighetene. I tillegg ble utvalget spesielt bedt om å vurdere behandlingstvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern, vilkårene for tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler, og kontrollordningene for overprøving av tvangsvedtak. Utvalgets arbeid er ledd i regjeringens strategi for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Høringsfristen var opprinnelig satt til 3. januar 2012, men ble forlenget til 6. februar 2012.

Utredningen er todelt. I første del presenteres deler av bakgrunns materialet som lovutvalget hentet inn, og som har ligget til grunn for utvalgets vurderinger. I den andre delen presenteres utvalgets drøftelser og forslag til endringer. Med unntak av ett utvalgsmedlem er de øvrige 14 samstemte i konklusjonene som presenteres. Statens helsetilsyn har merket seg mindretallets synspunkter som er lagt frem i vedlegg 1.

Generelle kommentarer

Innledningsvis vil Statens helsetilsyn gi uttrykk for at det er hensiktsmessig at regelverk om tvungent psykisk helsevern regelmessig gjøres til gjenstand for systematisk vurdering med tanke på behov for oppdatering. Utvalget påpeker selv at det er 20 år siden det ble lagt frem en offentlig utredning på psykisk helsevernområdet, og at det er 10 år siden loven trådte i kraft. Statens helsetilsyn har imøtesett gjennomgangen. Loven åpner for inngripende tvangsbruk overfor alvorlig syke mennesker, og det er av største betydning at samfunnet som helhet kan ha tillit til at helsetjenesten kan forvalte det ansvaret som bruk av tvang innebærer, og at kontrollordningene fungerer etter hensikten. Regelmessig gjennomgang vil bidra til et

oppdatert og tilpasset regelverk i tråd med den faglige utviklingen og endringer i rammebetingelsene for tjenestetilbudene for mennesker med psykiske lidelser.

Nedenfor følger kommentarer til punktene i høringsbrevet:

Til pkt. 1.2.1 Pasientenes selvbestemmelse

Statens helsetilsyn har merket seg utvalgets begrunnelse for å foreslå den nye betegnelsen ”beslutningskompetanse” til erstatning for begrepet ”samtykkekompetanse”. Statens helsetilsyn vil påpeke at begrepet ”beslutningskompetent” kan ha et potensial for å virke mer personlig belastende enn termen ”samtykkekompetent”. Det å bli vurdert for å kunne gi samtykke til en bestemt medisinsk behandling kan oppleves som mer avgrenset enn å bli utsatt for en mer generell vurdering av sin samlede ”beslutningskompetanse”. Vi finner det derfor lite hensiktsmessig dersom en endring i begrepsbruk vil kunne øke graden av skjønnsmessige vurderinger og med det gi en utilsiktet større variasjon i de beslutninger som blir fattet.

Vi stiller også spørsmål ved om den nye betegnelsen kan få utilsiktede konsekvenser i forhold til begrepsbruken i annet lovverk som omhandler ”samtykke”.

I tillegg kan det synes som om systematikken for gjennomføring av vurdering av ”beslutningskompetanse” kan fremstå både som komplisert og i unødig grad kan virke byråkratiserende. Statens helsetilsyn vil påpeke at det kan være vanskelig å få gjennomført slike vurderinger på en hensiktsmessig måte i de tilfellene der alvorlig syke og hjelpetrengende mennesker søkes innlagt til helt nødvendig behandling i psykisk helsevern innenfor rammen av en tvangslovgivning. Vi stiller spørsmål ved om den type vurderinger som det her legges opp til, er mulige å praktisere i situasjoner der mennesker har omfattende psykisk sykdom ledsaget av sterk uro og kognitive forstyrrelser. Statens helsetilsyn vil uttrykke tvil om den nye betegnelsen vil ha noen reell betydning med tanke på å sikre alvorlig syke mennesker sikker og rettferdig tilgang til helsehjelp.

Utvalget har tatt til orde for å innføre et krav om antatt samtykke, dvs. hva pasienten ville ha ment om helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt ”beslutningskompetanse”. Statens helsetilsyn er usikker på nytteverdien av å innføre et krav om at denne typen antagelser skal utføres i tilknytning til etablering av tvungent psykisk helsevern. Det vil kunne være store variasjoner i grunnlaget for å kunne beskrive antatte samtykker og skjønnsrommet vil kunne bli stort og stringensen i beslutningene vil kunne bli svekket. I mange akuttsituasjoner vil det også være praktiske utfordringer knyttet til å få gjort seg opp meninger om antatte samtykker bl.a. fordi tilgangen til referanser/komparentopplysninger er svært begrenset eller fraværende.

Statens helsetilsyn har merket seg at utvalget foreslår et unntak fra kravet om fravær av beslutningskompetanse og om antatt samtykke når tvungent psykisk helsevern etableres fordi pasienten utgjør en fare for andres liv eller helse. Unntak er også foreslått i tilfeller der man etablerer tvungen observasjon pga alvorlige selvmordsforsøk eller alvorlig selvmordsrisiko. Helsetilsynet vil gi sin tilslutning til forslag om unntak i de tilfellene der det foreligger fare for andres liv og helse. Vi er av den oppfatning at hensynet til samfunnsvernet veier tungt i denne sammenhengen. Når det gjelder unntaket i forhold til selvmordsproblematikk vil vi understreke at dette må gjelde i de tilfellene der det foreligger alvorlige forsøk eller fare. Det bør her sondres i

forhold til pasienter med kronisk selvmordsproblematikk og personlighetsproblematikk der det er faglige holdepunkter for at hospitalisering i mange tilfeller ikke er hensiktsmessig jf. bl.a. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511.

Utvalget fremmer forslag om at pasienter som mangler "beslutningskompetanse", men som ikke motsetter seg helsehjelpen skal defineres som frivillig innlagt. Det skal i slike tilfeller fattes vedtak om frivillig psykisk helsevern. Statens helsetilsyn vil stille spørsmål ved om ikke en slik systematikk vil kunne svekke rettsikkerheten til mennesker som ikke fullt ut har muligheter for å fatte selvstendige beslutninger med betydning for egen helse og behandling. Kan en slik systematikk bidra til at pasienter ikke omfattes av de kontrollordninger som er etablert for å ivareta interessene til mennesker som ikke fullt ut kan gjøre dette egenhendig? Kan denne typen frivillighet hjemle en form for "tvang"?

Til 1.2.2.1 Hovedvilkåret

Statens helsetilsyn deler utvalgets oppfatning av at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse for at tvungent psykisk helsevern skal komme til anvendelse. Vi vil imidlertid gi noen kommentarer til forslaget om endret begrepsbruk ved at "alvorlig sinnslidelse" erstattes med "alvorlig psykisk lidelse". Begrepet "alvorlig sinnslidelse" har en lang medisinskjuridisk tradisjon. Det har et innhold som er kjent og definert for fagfolk og har en kjent avgrensning mot andre medisinske og juridiske begreper. "Alvorlig psykisk lidelse" er allerede introdusert i Straffeloven § 56c og med et innhold nettopp til forskjell fra det juridiske begrepet. Man bør tenke seg nøye om før man innfører et begrep som både skal få to forskjellige innhold i juridisk sammenheng og som dessuten eksisterer som "sekkebegrep" på folkemunne.

Til 1.2.2.2 Behandlingsvilkåret

Statens helsetilsyn deler utvalgets oppfatning om at behandlingsvilkåret bør opprettholdes i et fremtidig regelverk om tvungent psykisk helsevern. Det er etter vår oppfatning viktig at man ikke tar bort muligheten til å kunne etablere tvang også ut fra dette vilkåret. En fjerning av behandlingsvilkåret vil kunne redusere muligheten for mange svært syke pasienter til å få nødvendig helsehjelp.

Når behovet for å komme til med behandling ligger til grunn for vedtaket om tvungent psykisk helsevern (behandlingsvilkåret), følger krav om faktisk å yte behandling, og om tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi adekvat behandling, med sannsynlig effekt. Selve tilbakeholdelsen ved en døgnavdeling kan ikke betraktes som behandling.

Til 1.2.2.3 Farevilkåret

Statens helsetilsyn har ingen innvendinger til forslagene knyttet til farevilkåret, også som vilkår for gjennomføring av tvangsbehandling/tvangsmedisinering. I denne sammenhengen veier hensynet til samfunnsvernet tungt, samtidig som de foreslåtte endringene på en hensiktsmessig måte ivaretar de individuelle hensynene knyttet til de enkelte pasientene. Vi er enig med utvalget i at hovedvilkåret må være alvorlig sinnslidelse og at man avgrenser seg mot andre ikke-psykotiske lidelser. Statens helsetilsyn vil understreke at helsevesenets oppgave er å behandle syke mennesker og bør ikke ha oppgaver knyttet til å håndtere mennesker som av andre ulike årsaker fremviser uønsket atferd.

Til 1.2.2.4 Tvungent psykisk helsevern til eldre med demens

Statens helsetilsyn gir sin tilslutning til forslaget om en utvidelse av ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i tilknytning til aldersdemente. Vi vil fremheve at dette kan bidra til hensiktsmessig oppfølging på rett nivå av en sårbar gruppe mennesker. Statens helsetilsyns vurdering bygger på at aldersdemente med psykiske lidelser vil kunne erfare en ytterligere forverring av sine plager ved å måtte flytte fra kjente omgivelser med kjent personell til nye og ukjente institusjoner grunnet behov for behandling av psykiske lidelser. Det at man åpner for å kunne gi nødvendige helsehjelp for omfattende psykiske lidelser innenfor rammen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på kommunale sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, vil kunne optimalisere behandlingen innenfor kjente og trygge rammer for pasienten. Det er rimelig å anta at dette vil kunne sikre effekten av de iverksatte tiltakene på en god måte. Statens helsetilsyn vil understreke betydning av at det tvungne vernet kvalitetssikres av spesialister med rett kompetanse slik at etablering av tvang ikke kommer istedenfor andre lempeligere behandlings- og hjelpetiltak på kommunalt nivå.

Til 1.2.3 Styring av prosessuelle rettigheter ved etablering av tvungent vern

Utvalget foreslår krav om at det skal treffes vedtak for alle legeundersøkelser som foretas for å avgjøre om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede. Statens helsetilsyn er usikker på om det er hensiktsmessig. Vi er bekymret for at en slik form for byråkratisering reelt sett ikke bidrar til økt rettsikkerhet for pasientene og et bedre faglig grunnlag for videre tiltak.

Statens helsetilsyn bifaller forslaget om at pasienter skal få rett til tre timers gratis advokatbistand ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Vi finner det rimelig at tilgangen til juridisk bistand sikres og gjøres kostnadsfri i situasjoner der samfunnet finner grunnlag for omfattende inngripen i individers frihet på grunn av psykisk sykdom.

Statens helsetilsyn stiller spørsmål ved grunnlaget for å fremme et krav om at den faglig ansvarlige skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det er den faglig ansvarlige som ene og alene er ansvarlig for de konkrete vedtakene som fattes. Det følger av kravet om faglig forsvarlighet at den som skal fatte en beslutning i medhold av psykisk helsevernloven må sikre seg et tilstrekkelig faktagrunnlag før en beslutning fattes. Dette vil innebære at den faglig ansvarlige må undersøke pasienten, gjøre seg kjent med relevant skriftlig dokumentasjon, innhente opplysninger fra komparenter eller rådføre seg med annet helsepersonell med kjennskap til pasienten. Det gjeldende kravet om faglig forsvarlighet hjemler også i dag en plikt til å rådføre seg med annet helsepersonell i den grad det er nødvendig for å sikre forsvarlige beslutninger om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern.

Til 1.2.4.1 Behandling uten eget samtykke, herunder tvangsmedisinering

Statens helsetilsyn slutter seg til utvalgets vurderinger av legemidlers betydning i behandlingen av de alvorligste psykiske lidelsene. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om det er hensiktsmessig å utvide observasjonstiden knyttet til vedtak om behandling med legemidler uten samtykke. Det å utvide observasjonstiden fra 3 til 6 døgn vil etter våre vurderinger i begrenset grad bidra til å utvide beslutningsgrunnlaget for iverksetting av vedtaket og vil i sin ytterste konsekvens kunne forlenge en alvorlig

sykdomstilstand og forlenge lidelse. Den foreslåtte utvidelsen kan også bidra til en utvikling med økt bruk av begrunnelser om at pasienten vil lide "alvorlig helseskade" dersom ikke observasjonstiden fravikes.

Til 1.2.4.2 Tvangsmidler og skjerming

Statens helsetilsyn slutter seg til forslaget om at isolering av pasienter ikke lenger skal benyttes. Vi mener at det eksisterer andre og mer hensiktsmessige og ivaretagende metoder for å håndtere atferd hos pasienter med alvorlig sinnslidelse, som er vanskelig for omgivelsene.

Til 1.2.5 Kontroll- og overprøvningsordninger

Kontrollkommisjonenes primære oppgave er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet gjennom etterprøving, klagesaker og kontroll med de tiltakene psykisk helsevernloven åpner for. Statens helsetilsyn har etter tilsynsloven et overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten. Det innebærer å følge med på hvordan tjenestene og helsepersonellet utøver sin virksomhet. Når virksomheter og personell utøver tjenester i strid med lovgivningen på det aktuelle området, skal tilsynsmyndigheten gripe inn.

Dagens kontrollordning (Kontrollkommisjonen) er en veletablert ordning med lang historie. Statens helsetilsyn ser at det kan være grunner til å gjennomgå dagens ordning for å sikre en enhetlig skjønnotøvelse i hele landet. Statens helsetilsyn vil imidlertid understreke at dagens ordning med lokalt baserte kommisjoner bl.a. sikrer en operativ tilgjengelighet med kort responstid for oppmøte ved institusjonen. Vi mener at rask saksbehandling er viktig med tanke på pasientens rettsikkerhet. I tillegg er rask saksbehandling viktig for å sikre at pasientflyten er effektiv både innad i helseforetakene og på tvers av forvaltningsnivåene. I de senere årene har antall sengeplasser innen psykisk helsevern blitt redusert og dette stiller store krav til effektiv bruk av sengerressursene. Helsetilsynet vil påpeke at en organisering av kontroll- og klageordninger som vil medvirke til at pasienter blir værende på sengeavsnitt i lengre tid enn det er faglig begrunnelse for. Nye kontroll- og klageordninger må sikre rask saksbehandling og oppmøte på institusjoner. Dette vil kunne by på utfordringer når man foreslår en reduksjon av antall klageinstanser fra 57 til 12.

Andre kommentarer

Statens helsetilsyn ønsker også å legge til følgende synspunkter knyttet revisjonen av psykisk helsevernloven:

Arbeid som gjenstår

Utvalget bemerker selv i høringsdokumentet at det er flere årsaker til at det ikke har arbeidet spesielt med problemstillinger knyttet til tvang overfor barn og unge, eller har vurdert lovgivningen med tanke på personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Utvalget tar også til orde for samordning mellom psykisk helsevernloven og helse- og omsorgsloven kapittel 9 som regulerer rettssikkerheten i forbindelse med tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning. Statens helsetilsyn støtter utvalget i at det må arbeides med problemstillinger knyttet til de nevnte gruppene, og ber Helse- og omsorgsdepartementet om å legge til rette for dette.

Statens helsetilsyn vil anmode om at departementet i tilknytning til en revisjon av regelverket om bruk av tvungent psykisk helsevern inkl. etablering av nye kontroll- og klageordninger, også ser på muligheten for å harmonisere bestemmelsene (inkludert

kontroll- og klageordninger) om tvang innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (TSB) med regelverket innen psykisk helsevern.

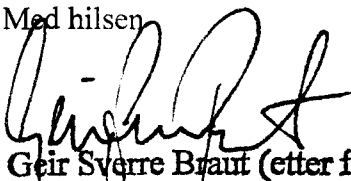
Evaluering

Statens helsetilsyn kan ikke se at det fremgår av høringsbrevet om det er laget en plan for evaluering av om eventuelle nye lovendringer fungerer etter hensikten og eller også har utilsiktede effekter, jf. evalueringsplikten av lov- og forskriftsendringer. Justis- og politidepartementets veileder fra 2009 gir gode anvisninger for hvordan et slikt arbeid kan planlegges og gjennomføres.

Innsamling og kvalitetssikring av data

Parallelt med evaluering av effektene av tvangslovgivningen er det nødvendig å sikre en mest mulig komplett oversikt over hvordan bruken av tvang praktiseres på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Helseforetakenes registrerings- og rapporteringsarbeid er av stor viktighet for å kunne følge med på dette. Det har lenge vært et faktum at datagrunnlaget ikke har vært tilfredsstillende, og at oversikt over tvangsbruk på landsbasis ikke er kjent. Ulik organisering og innretting av tjenestetilbudene gjør at enheter i mange tilfeller ikke er sammenlignbare størrelser, noe som ytterligere har forsterket inntrykket av at det ikke er mulig å sette mål for reduksjon av tvangsbruk. Helseregionene har bl.a. gjennom Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling arbeidet både med statistikk situasjonen og med strategier for riktigere og redusert bruk av tvang. Statens helsetilsyn oppfordrer departementet til å sikre at helsetjenesten arbeider systematisk for å nå målene som er satt for arbeidet. Dette vil kunne gi oss nødvendig tilgang til kunnskap om effekten av fremtidige tiltak og bidra til å nå den ønskede målsettingen om redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Med hilsen


Geir Sverre Braut (etter fullmakt)
ass. direktør


Jan Fredrik Andresen
seniorrådgiver

Kopi til:
Helsedirektoratet
Fylkesmennene

Saksbehandlere:
Jan Fredrik Andresen, tlf. 21 52 99 84
Anne Solberg, tlf. 21 52 99 81