

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: VHE
Vår ref.: 10/5678
Dato: 15.12.2010

Helse- og omsorgsdepartementet - Forslag til samleforskrift for psykisk helsevern - høringsinnspill

Det vises til Høring – forslag til samleforskrift for psykisk helsevern, med frist fastsatt 15.12.2010. Her følger Helsedirektoratet sine innspill.

Helsedirektoratet støtter alle forslagene til regelendringer som tas opp i høringsforslaget, og finner at hovedmålsetningen om å sørge for en bedre oversikt over regelverket langt på vei er oppnådd.

I tillegg har vi enkelte kommentarer og forslag, se nedenfor.

Samleforskriftens Kap. 1 Innledende bestemmelser

§ 2 Veiledningsplikt

Direktoratet støtter en slik bestemmelse om en generell veiledningsplikt. Dette vil styrke individets rettigheter og vern.

Samleforskriften kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern med mer.

Personlig undersøkelse

I psykisk helsevernloven (phvl.) §§ 3-3 og 3-3, fremgår at vedtak om tvungen observasjon (TO) og tvungent psykisk helsevern (TPH) kan treffes etter *personlig* undersøkelse av faglig ansvarlig.

Det fremgår ikke direkte av phvl. §§ 4-9, eller av etableringsforskriften §§ 7, at det samme kravet om *personlig* undersøkelse gjelder ved faglig ansvarliges kontrollundersøkelser hver 3 mnd.

Direktoratet har gjentatte ganger fått henvendelser fra tjenesten om dette innebærer at faglig ansvarlig kan delegerer nevnte kontrollundersøkelse til for eksempel en sykepleier/ kommunehelsetjenesten - for deretter å fatte vedtak på bakgrunn av de opplysninger som da fremkommer.

Helsedirektoratet • Divisjon spesialisthelsetjenester

Avd. psykisk helsevern og rus
Vårin Hellevik, tlf.: 24 16 33 43

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Direktoratet har fortolket regelverket slik at alle disse vedtakene krever personlig undersøkelse av faglig ansvarlig. Dette bør komme klart/klarere frem av lov/forskriftsteksten.

For selve etableringsvedtaket er dette ivare tatt ved at det i samleforskriften § 18 første ledd fremgår at "den faglige ansvarlige skal selv ha undersøkt pasienten før vedtak treffes". Vi foreslår derfor at det i samleforskriften § 19 benyttes begrepet "personlig undersøkelse" eller "personlig kontrollundersøkelser".

Bruk av politi

Direktoratet støtter forslaget om å videreføre i samleforskriften § 26 en presisering av at politiet skal bistå ved behov for fysisk makt. I rundskriv fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet IS 15/2006 fremgår at "... Politiets bistand er først og fremst nødvendig ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon". Direktoratet er av den oppfatning at helsepersonell ikke har hjemmel til å utøve fysisk maktutøvelse utenfor institusjon (utenom i nødrettslige situasjoner). Vi er samtidig kjent med at det er ulike oppfatninger vedrørende dette spørsmålet i helsetjenesten og i politiet, og vi ser det derfor som positivt at dette nå fremgår av forskriftsteksten. Det er imidlertid mulig at dette er et spørsmål av så prinsipiell stor betydning at det burde fremgå enda klarere i forskriftsteksten (at det *kun* er politiet som har anledning til dette), og at det eventuelt burde reguleres i psykisk helsevernloven § 3-6.

Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Det kan fremstå som uklart hva som menes når det i phvl. § 3-6 første ledd står "Om nødvendig skal det fremmes begjæring om ... tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern". Hva ligger i nødvendig? Det vil jo ikke være nødvendig for å få vedkommende under tvungent vern. Denne ordlyden gjentas i samleforskriften § 17 første ledd.

Slik vi ser det, er essensen i en slik begjæring at den utløser en rett til informasjon og til å klage dersom begjæringen avslås, jf. samleforskriften § 18 tredje ledd og når det tvungne vernet opphører, jf. phvl. § 3-7 fjerde ledd.

Helsedirektoratet mener at dette hovedpoenget med en begjæring fra det offentlige bør komme klarere frem, kanskje allerede i § 17. Hvis ikke er § 17 nå lest separat egnet til forvirring rundt meningen med regelen.

Kommentarer til §§ 24 og 26. Sosialtjenestebegrepet

Begrepet "sosialtjeneste" benyttes både i §§ 24 og 26. Begrepsbruken harmonerer med gjeldende kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Begrepsbruken er etter direktoratets vurdering god, fordi den tydeliggjør hvilken del av kommunens tjenesteapparat som er aktuell å samarbeide med i de tilfellene som §§ 24 og 26 omhandler.

Direktoratet gjør imidlertid oppmerksom på at verken utkast til ny kommunal helse- og omsorgslov eller allerede vedtatt lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen benytter begrepet "sosialtjeneste". I stedet brukes begreper som "kommunen", "kommunens helse- og omsorgstjeneste" og "kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen". Det følger av høringsnotat til ny kommunal helse- og

omsorgslov at den foreslåtte lovens omsorgsbegrep, omfatter de tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteteloven.

Selv ser direktoratet med bekymring på at sosialtjenestebegrepet blir borte. Etter vår oppfatning er det fremdeles et stort behov for å tydeliggjøre den sosialfaglige kompetansen i lov og forskrift. Vi stiller imidlertid spørsmålsteget ved hvorvidt ny samlelovsforskrift i medhold av psykisk helsevernloven bør beholde en begrepsbruk som annen lovgivning er i ferd med å forlate. Dersom resultatet blir at ny helse- og omsorgslov helt utelater sosialtjenestebegrepet, vil sosialtjenestebegrepet etter hvert kunne få et utdatert og upresist innhold. Harmoniseringshensyn tilsier på denne bakgrunn at det bør skje en ny gjennomgang av begrepsbruken i samlelovsforskriften, i lys av begrepsbruken i høringsutkast til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Samlelovsforskriften kapittel 6 Gjennomføringstiltak

Gjennomføringstiltak – fellesbestemmelser

Barn

Direktoratet mener det av rettssikkerhetsmessige grunner bør tydeliggjøres i forskriften, under Gjennomføringstiltak, Generelle bestemmelser, når det skal treffes vedtak etter phvl. kapittel 4 overfor barn og unge under 16 år.

Direktoratet har fortolket regelverket på følgende måte:

Overfor personer under 16 år er det av tvangsmidlene kun korttidsvirkende legemiddel og kortvarig fastholding som kan benyttes. Ved tvangsmiddelbruk overfor barn og unge under 16 år skal det alltid fattes vedtak etter § 4-8.

I forhold til de resterende "Kapittel 4 vedtakene", vil i noen grad samtykke fra foreldre, jf. innholdet i forelderansvaret, og fravær av motstand hos barnet, kunne erstatte et "kapittel 4 vedtak". På samme måte som overfor voksne pasienter, er det imidlertid grunn til å vise stor varsomhet med å la samtykke kunne erstatte "Kapittel 4 vedtak", da barnet/foreldrene ofte vil være i en situasjon hvor det oppleves vanskelig å si nei. Helsedirektoratet mener derfor at det som hovedregel skal fattes vedtak etter kap. 4, selv om det foreligger et samtykke fra den eller de med foreldreansvar. På denne måten vil man sikre at lovens strenge vilkår for de ulike tiltakene blir fulgt, og tvangsbruken vil bli påklagbar, synliggjort og etterprøvbart.

Det vil kunne oppstå spørsmål om det kan treffes gjennomføringstiltak etter "kapittel 4" (med unntak av § 4-4) hvor de/n med forelderansvar ikke vil samtykke til tiltaket. Reglene om tvangsmidler er kodifisering av nødrettssituasjoner, slik at samtykke som rettsgrunnlag her ikke er relevant. Tiltak etter kap. 4 begrunnes tidvis med hensynet til sikkerhet og til en forsvarlig drift av institusjonen. Ved slike tiltak, hvor begrunnelsen går ut over selve behandlingen av barnet, kan det treffes vedtak etter kap. 4 selv om det ikke foreligger samtykke fra de/n med forelderansvaret. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt for tiltakene kroppsvisitasjon og beslag.

Informasjon til pårørende

I samlelovsforskriften § 29 annet ledd fremgår at "vedtaket skal meddeles pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende *med mindre pasienten motsetter seg dette.*" Når man i § 27 definisjon begrenser kapittelet til kun å omhandle kapittel 4 vedtakene

skjerming, tvangsmiddel og behandling uten eget samtykke, oppstår spørsmålet om pasienten skal ha denne reservasjonsretten også overfor andre kapittel 4 vedtak (§§ 4-5, 4-6, 4-7 og 4-7a). Direktoratet er av den oppfatning at reservasjonsretten også bør omfatte andre kapittel 4 vedtak (bortsett fra § 4-10 vedtak om overføring), og vi er av den oppfatning at dette bør komme klart frem av forskriften.

Alle reglene oppstilt i kapitlet "Gjennomføringstiltak – fellesbestemmelser" gjelder for alle nevnte gjennomføringsvedtak i phvl. Kap 4 (bortsett fra § 4-10 om overføringer). Det bør da enten fremgå i § 29 at fellesbestemmelsene gjelder alle kap. 4 vedtak (bortsett fra § 4-10), eller det bør fremgå i § 27 annet ledd at denne reservasjonsretten også gjelder andre kap 4 vedtak (bortsett fra § 4-10).

Til § 32 Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av samtykke

Dette dreier seg om det som i tjenesten er kjent som "tvangsprotokoller". Disse har i alle år vært i papirformat, men direktoratet jobber nå for en overgang til elektroniske protokoller. Tvangsprotokoller er et kjent begrep for tjenesten og kontrollkommisjonene. Dette begrepet bør derfor fremgå i bestemmelsen, helst i overskriften, men i hvert fall i første ledd hvor "protokoll" kan erstattes av "tvangsprotokoll".

Kommentarer til § 44 om gjennomføring av behandling med legemidler

§ 44 omhandler behandling med legemidler uten eget samtykke. Etter regelens første ledd må slik behandling være "klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis". Det kan være store individuelle forskjeller med hensyn til legemiddeltoleranse og effekt av virkemidler. Blodprøve av pasienten er i denne sammenheng viktig for å kunne bestemme riktig dosering (og type) av et legemiddel. Ikke minst er dette viktig når det gjelder tvangsmedisinering. Direktoratet har i en fortolkningssak kommet til hvor det er en forutsetning for faglig forsvarlig medisinering, vil et vedtak om tvangsmedisinering også omfatte tvungne blodprøver.

Dette bør fremgå direkte av forskriften. Forskriften bør altså gi klar hjemmel for at det (uten pasientens samtykke) kan tas blodprøver i forbindelse med tvangsmedisinering.

Samleforskriften kapittel 8 kontrollkommisjonene

Vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene (KK)

Helsedirektoratet utga i 2008 et revidert rundskriv til fylkesmennene vedrørende oppnevning av KK medlemmer, med den intensjon å kvalitetssikre oppnevningsprosessen, jf. rundskriv IS 11/ 2008. Vi er usikker på om rundskrivet har medført ønsket kvalitetssikring av oppnevningsprosessen.

Kommisjonenes posisjon som det viktigste kontrollorganet i det psykiske helsevern, tilsier et høyt nivå av ryddighet i forhold til oppnevningen. Samtidig ser vi at vervene kan gi til dels høye salærer (for kommisjoner med stort ansvarsområde), noe som ytterligere stiller krav til en ryddig oppnevningsprosess.

Vi viser for øvrig til at direktoratet i brev fra departementet av 8.11.2010 har fått i oppdrag å utrede status i forhold til nevnte oppnevningsordning, for deretter og komme med en nærmere anbefaling av om ordningen bør endres.

Karantenetid for klage –barn og unge

Det er oppstilt en karantenetid i psykisk helsevernloven § 6-4 åttende ledd på 6 mnd i forhold til når ny klage kan fremsettes for samme forhold for kontrollkommisjonen (gjelder klage på TO, TPH og overføring).

Det etterlyses en klar hjemmel for at en slik karantenetid også gjelder der barn påklager etablering av psykisk helsevern etter § 2-1 eller påklager senere under innleggelsen jf. samleforskrift § 78 annet ledd. En tilsvarende karantenetid på 6 mnd. foreslås tatt inn i sistnevnte bestemmelse.

Til § 80 Besøk av kontrollkommisjonen

Direktoratet mener det vil være hensiktsmessig med en differensiering i forhold til krav om besøksfrekvens for kommisjonene i forhold til andre institusjoner enn de som er godkjent for TPH.

Direktoratet har mottatt tilbakemeldinger fra kommisjoner om at det ikke anses nødvendig å besøke institusjoner som kun har *frivillige* pasienter til *poliklinisk* behandling, fire ganger i året. For denne type institusjoner vurderes det tilstrekkelig med et krav om minst ett besøk i året fra kontrollkommisjonen. Det er grunn til å tro at besøkshyppigheten på denne type institusjoner/avdelinger nå uansett ofte er sjeldnere enn fire ganger, samtidig som søknad om unntak etter annet ledd nesten aldri forekommer.

Til § 65 årsrapport

Etter at Helsedirektoratet innførte nytt årsrapporteringsystem for kontrollkommisjonene fra 2008, er det nå Helsedirektoratet som sender en kopi av årsmeldingene til Fylkesmannen, og ikke kommisjonene –slik regelen nå er i denne bestemmelsens første ledd. Direktoratet foreslår derfor enten å ta bort ”og fylkesmannen” fra teksten, eller at det fremgår at Helsedirektoratet skal sende en slik rapport til fylkesmannen.

Generell kommentar til samleforskriften

Direktoratet synes det er uheldig at det noen steder i samleforskriften i stor grad vises til pasientrettighetslovens definisjon av nærmeste pårørende : ”..pasientens nærmeste pårørende, den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten, jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b siste punktum.”

Denne presiseringen fremgår imidlertid ikke i psykisk helsevernloven, og er heller ikke konsekvent gjennomført i samleforskriften (den benyttes f.eks ikke i § 29 annet ledd. eller i § 30 første ledd). Vi frykter at presiseringen da blir mer egnet til forvirring enn klargjørende, og foreslår derfor at man konsekvent bare benytter termen ”nærmeste pårørende jf. pasrl. § 1-3 bokstav b.” Hvis ikke, må den utfyllende henvisningen brukes konsekvent.

Vennlig hilsen

Hans Petter Aarseth
Divisjonsdirektør

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Arne Jøhannesen', with a long horizontal flourish extending to the right.

Arne Jøhannesen
Avdelingsdirektør