

Høringsuttalelse- forslag til samleforskrift for psykisk helsevern

Først vil vi rose initiativet og arbeidet med å lage en samleforskrift for psykisk helsevern.

Vi har følgende kommentarer/ merknader til forslaget:

1. Hovedinnvendingen mot forskriften er av generell art

Det er et problem at hele denne teksten er formulert slik at den fungerer tingliggjørende. Dialogen med pasienten er nesten ikke til stede. Dette stemmer lite overens med den kunnskapen vi nå har om denne typen lidelser og hva som ganger de menneskene som strir med dem. Brukerstyringstenkningen kommer heller ikke godt og overbevisende frem i teksten. Dette truer pasientenes velferd. De nye verdiene som vinner frem innen psykisk helse bør gjenspeiles i forskrifter. Objektiviserende språk i forskrifter er ikke forenlig med individuelt tilpasset omsorg forankret i verdier som respekt og empati.

Eksempel på tingliggjørende språk:

Ord som "avhenting" gir mer assosiasjoner til varetransport enn omsorg for mennesker.

Gjennom hele teksten står det mye om at pasienten skal observeres og at man tar beslutninger på vegne av pasienten ut fra undersøkelser og observasjoner og rapporter og fagfolks meninger. Det står nesten ingen steder at man skal ha en løpende dialog med pasienten og at man så langt råd er skal forankre sine avgjørelser i pasientens egenmotivasjon. Hele pasientlitteraturen (Strauss, Topor, Lauveng), der pasientens egne erfaringer kommer frem, formidler betydningen av et slikt fokus og fraværet av det innen psykisk helse.

Det er ikke tilstrekkelig med en egen paragraf om pasienters rettigheter til medvirkning, når resten av dokumentet behandler pasienten som et umælende objekt. Alle paragrafer må gjenspeile paragraf 28. Hvis ikke mister denne paragrafen mye av sin grunnleggende betydning i dokumentet.

Formuleringen om at pasienten skal tas hensyn til forekommer uklar og gir et for stort tolkningsrom. Utsagn som " Forsøk på å etablere frivillig samarbeid med pasienten skal fortsette også etter at vedtak om gjennomføring er truffet"(§28) – virker løsrevne siden verdien og viktigheten av å oppnå frivillighet ikke løftes frem andre steder i dokumentet. Tidligere i avsnittet står det nemlig at pasienten skal få så stor innflytelse som mulig. Innflytelse er her noe som gis av andre, frivillig samarbeid har en annen valør. Disse nyansene er helt vesentlige for hvordan man kommer til å tenke om de menneskene det gjelder.

2. Ang. Kapittel 2 Øyeblikkelig hjelp, 4.3.1. Gjeldene rett

Første avsnitt på side 10 er veldig uklart formulert.

Kapittel 8 Kontrollkomisjonens virksomhet

4.8.1. Gjeldende rett

”Kontrollkomisjonen skal ledes av en jurist/./ og ellers bestå av en lege/.../”

Det er vanskelig å se hvorfor en lege skulle være påkrevd for å vurdere om en pasients velferd er tilstrekkelig ivaretatt. Det må være unntaksvis at disse vurderingene krever noen som helst form for medisinske vurderinger og da kan lege kalles inn på konsulentbasis. Forståelse av den menneskelige psyke, psykiske lidelser og evne til å tolke situasjoner samt etisk årvåkenhet må her være langt viktigere. Disse kvalifikasjonene innehas av flere profesjoner, men likestilt med legens psykologiske og etiske kompetanse er iallfall psykologens.

Forslag: ”Kontrollkomisjonen skal ledes av en jurist/./ og ellers bestå av en lege/ psykolog /./”

3. Ang. 4.8.2. Forslaget

Avsnitt 3 er også uklart formulert. Begrepet ”faglig ansvarlig” er uklart – ansvarlig for hva? avdelingen? institusjonen? vedtaket?

Det forekommer også uventet at det blant kontrollkomisjonens viktigste aktiviteter for å opplyse saken ikke er inkludert ”å møte og snakke med pasienten og eller dennes pårørende”. I disse brukerstyringstider virker en slik utelatelse i beste fall gammelmodig og i verste fall paternalistisk.

4. Ang. Kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m. § 15 Legeundersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven §3-1

Det virker som en svakhet med tanke på pasientens rettsikkerhet at pasientens reaksjoner på og mening om, argumenter mot innleggelsen ikke skal med i legens skriftlige uttalelse.

Pasientens argumentasjon i en sårbar situasjon blir dermed ikke tatt vare på. Dette må sees på som en alvorlig ulempe for pasienter med hensyn til å fremme sin sak og sitt syn på situasjonen og det som hendte, i ettertid.

5. Ang. Psykisk helsevernloven § 4-8 og gjeldende forskrift § 5 om bruk av tvangsmidler

I Psykisk helsevernloven § 4-8 og gjeldende forskrift § 5 om bruk av tvangsmidler, står det: "(...) når lempeligere midler har vist seg å være åpenbarn forgjeves eller utilstrekkelige".

Forslag: Her bør det presiseres at kvalifisert personell med kjennskap til psykiatri og metoder for å samhandle med pasienter med sterk psykisk uro og utagering skal ha forsøkt lempeligere midler for å roe ned pasienten.

6. Ang §11, Krav til bemanning

I §11, krav til bemanning under punkt c) står det: "kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk- eller sykepleierfaglig kompetanse til at medisinsk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig". Da det handler om psykisk helsevern, er det psykiske en minst like viktig faktor som det medisinske.

Forslag: c) kvalifisert personell med tilstrekkelig psykologisk kompetanse i tillegg til psykologisk medisinsk- eller sykepleierfaglig kompetanse til at psykologisk og medisinsk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Den samme presiseringen av det psykologiske perspektivet bør gjentas under "Institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold må ha en døgkontinuerlig vaktordning slik at "
(...) i punkt c)

Forslag: c) kvalifisert personell med tilstrekkelig psykologisk kompetanse i tillegg til medisinsk- eller sykepleierfaglig kompetanse alltid er til stede.

Harstad 2010-12-14



Gro Hilde Ramsdal

Psykologspesialist/ førstelektor
Høgskolen i Harstad



Anne Karin Arvola

Psykologspesialist/ høgskolelektor
Høgskolen i Harstad



Marit Rustad

Instituttleder

Avdeling for Helse- og sosialfag
Høgskolen i Harstad