

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011
0030 Oslo

Deres ref:
Vår fil:B06-AA0027
Vårt arkiv:402
Saksbehandler:Arnfinn Aarnes

Oslo, 20.oktober 2006

Høring – forskriftsendringer i forbindelse med endringer i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven

FFO viser til brev av 24.7 2006 om forslag til endringer i relevante forskrifter i forbindelse med endringer foretat i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven, og vil gi noen kommentarer til forslaget.

2. Ny forskrift om skjerming:

Skjerming representerer et inngrep i den enkelte pasients autonomi og vil etter forholdene kunne oppleves som en betydelig integritetskrenkelse. Rettssikkerhetshensyn tilsier at virkemiddelet hjemles så klart og tydelig som mulig. FFO er enig i at ordlyden i Lov om psykisk helsevern § 4 - 3 ikke gav tilstrekkelig veiledning og er derfor i utgangspunktet positiv til at feltet forskriftsreguleres.

Også forskriften inneholder en rekke uklare kriterier/rettslige standarder som vil kunne by på betydelig tolkningstvil i enkelttilfeller. Det er derfor vesentlig at ordningen evalueres og følges opp med aktiv etatsledelse i form av rundskriv mv. samt kursing av ledelse og øvrig personell mv.

§ 3 siste pkt, jfr. § 6 første pkt.:

Det er kun er hensynet til pasientens egen behandling eller hensynet til medpasienter som kan begrunne skjerming. Ressurssituasjonen i psykiatrien representerer en reell risiko for at utenforliggende hensyn som personellmangel, økonomi, osv blir den reelle underliggende årsak til skjermingstiltak. Det bør derfor vurderes å klargjøre dette i forskriftsteksten.

§ 4 første ledd:

Pedagogisk bør det vurderes å klargjøre at vilkåret ”nødvendig” knytter seg til behovet for å ivareta behandlingsmessige hensyn eller hensynet til andre pasienter. Dette kan gjøres med å tilføye dette til ordlyden.

§ 5 første ledd:

Ved skjerming skal pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig, jfr. Psykisk helsevernlov § 4-2. Herunder skal det tas hensyn til hvor og hvordan pasienten ønsker at tiltaket skal gjennomføres. Her bør pasientens pårørende trekkes inn i vurderingen, ved at det implementeres i lovteksten.

§ 6 andre ledd:

Pasienten må ha en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig.

Her bør også pasientens pårørende trekkes inn i denne vurderingen som gjøres. Pasienten kan være så syk at dennes vurderingsevne ikke er klar, da bør pårørende bli trukket inn slik at pasienten beste ivaretas, ikke kun avdelingen eller personalets.

§ 7:

I tillegg til å være en forutsetning for reell klageadgang og kontroll, bidrar vedtaksformen til å sikre at beslutningstaker foretar en reell vurdering av vilkårene. Ut fra rettsikkerhetshensyn bør det ideelt sett fattes forutgående vedtak. Den tid dette ikke er praktisk mulig vil det være en fordel om vedtaket kommer så tidlig som mulig.

Det er ikke tilfredsstillende at vedtak først fattes ved skjerming ut over 24 eller 12 timer. Dette vil innebære at en rekke inngripende vedtak gjennomføres uten tilfredsstillende rettsikkerhet for brukerne. FFO mener at det bør vurderes å endre ordlyden slik at ansvarlig lege pålegges å nedtegne skjermingsvedtak snarest mulig, men senest innen en nærmere angitt frist, for eksempel henholdsvis 12 og 6 timer.

Ordningen representerer en risiko for gjentatte enkeltbeslutninger som over tid utgjør et omfattende inngrep, ikke registreres og unndras klageadgang/kontroll fra tilsynsmyndigheten

jfr. §§ 9 og 10. Spørsmålet er berørt i merknadene, hvor det bekreftes at varigheten på visse vilkår skal beregnes fra første skjermingstilfelle. For å hindre feil bør det vurderes å innta en passus om dette i forskriften.

I psykiatrien ser man ofte at vilkårene for inngrep står angitt i standardskriv med rubrikk for avkryssing. Dette er åpenbart effektivt, men lite tilfredsstillende i denne sammenheng. Beskrivelsen og begrunnelsen for vedtaket og skjermingens omfang bør være tilstrekkelig konkret og utfyllende til at denne kan underkastes en reell kontroll i etterkant. Herunder bør om mulig pasientens/pårørendes eventuelle synspunkter på vedtaket og fremgangsmåte mv. nedtegnes og drøftes.

I tillegg til informasjon om klageadgang bør det informeres om fremgangsmåte som beskrevet i § 9. Det bør også vurderes å innta en passus om varsling av pasientens pårørende, i hvert fall hvor skjerming opprettholdes over et lengre tidsrom.

3. Forslag til endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv

FFO mener det er bra at det nå kommer vedtak om at en annen enn den som vedtar tvungen legeundersøkelse skal foreta selve undersøkelsen. De ovenfornevnte endringer og tilføyelser synes i det alt vesentlige å være nødvendige tilpasninger til lovendringen. Merknadene er derfor begrenset til de endringer som følger under:

§ 4:

Tvang skal bare benyttes i tilfeller hvor det ikke finnes frivillige alternativer. Hvor mange runder behandler skal gå med pasienten er her et vurderingsspørsmål som må tas av behandler og pasient/pårørende.

FFO er positiv til at man opprettholder en begjæringsplikt selv om dette ikke lenger inngår i vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det vil ofte være en slik begjæring som markerer starten på en prosess med betydelige konsekvenser for pasienten. Den som fremsetter begjæringen må ha ”kjennskap til saken og pasientens situasjon.”

§ 5:

FFO mener det er uheldig at det kan gå opptil 24 timer før det fattes vedtak om videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, etter ankomst til institusjon. Tidsfristen må settes lavere, helst maksimum 6 timer.

§ 6:

FFO er i utgangspunktet skeptisk til den utvidede rett til tvungen observasjon som følger av endringen § 3-2.

Departementet påpeker at unntaket ikke skal benyttes for å holde tilbake pasienter hvor man har klarlagt at det ikke foreligger alvorlig sinnslidelse eller hvor institusjonens ressursmangel er underliggende årsak. FFO frykter at ressursmangelen i psykiatrien medfører at slike vikarierende formål fort kan bli et reelt problem og at dette vanskelig vil la seg avdekke gjennom den varslingsrutine som er foreslått.

I forskriften har man inntatt lovteksten og tilføyd en passus om at kontrollkommisjonens formann skal varsles snarest mulig og at samtykke må gis innen utløpet av den opprinnelige 10 dg. fristen. FFO stiller spørsmål ved om man burde tidfestet en absolutt lengste frist for varslings av kommisjonens formann. FFO stiller også spørsmålsteget ved om ikke en slik ”forlengelsesordning”, hvor kontrollkommisjonens formann på strenge vilkår samtykker til ytterligere inngripende tvangstiltak i inntil 10 dager, vil representere et nytt, selvstendig enkeltvedtak med tilhørende klageadgang m.v.

§ 8:

Overføringer bør ikke gjennomføres før særskilt vedtak er gjort, slik at en slipper å få vedtaket tredd ned over seg etter at overføringen er gjennomført trass i pasientens motstand.

4. Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.

Med begrepet tvangsmiddel regnes skadeavvergende tiltak i akutte nødssituasjoner. Bruk av tvangsmidler er uttømmende regulert i psykisk helsevernlov §4-8.

Som tvangsmidler regnes mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede og enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

Kompetansen til å vedta bruk av tvangsmidler ligger etter gjeldende rett til lege jfr. Psykisk helsevernlov § 4-8 femte ledd.

Det er vedtatt en lovendring hvorefter kortvaring fastholding som skadeavvergende tiltak regnes som tvangsmiddel, dette er avhengig av hvordan pasienten forholder seg til tiltaket og hvor inngripende tiltaket er.

FFO mener at tvangsmiddelbegrepet ble utvidet til også å omfatte ”kortvarig fastholding” samt anbringelse bak dør, som ikke er låst, men som like fullt er stengt på annet vis. Endringen bidrar til å styrke pasientens rettssikkerhet ved at det nå må fattes vedtak, gis klageadgang m.v.

§ 6:

Adgangen til å klage anses som ikke reell, da pasienten ofte er i så dårlig forfatning at denne ikke er i stand til å vurdere om retten til å klage skal benyttes eller det å klage i det hele tatt, selv om personalet skal hjelpe til.

Her kommer § 7 første del inn som et veldig viktig element.

§ 7:

Måten skånsom og omsorgsfull blir praktisert på kan være svært forskjellig. Det bør presiseres at det er til pasientens beste, og at gjerne personale fra en annen post eller pårørende bør trekkes inn for å forsikre en om at pasientens beste her er ivaretatt.

5. Endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Institusjoner i det psykiske helsevernet har plikt til å utarbeide individuell plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet. For pasienter under frivillig psykisk helsevern skal det imidlertid gis samtykke til utarbeidelse av slik plan.

Erfaringene med ”individuell plan ” så langt er at mange som har rett til en slik plan ikke har fått dette. Mangelfull kjennskap til regelen blant brukere og helsepersonell er en mulig årsak. En annen årsak kan være ansvarsforskyvning/fraskrivelse blant helsepersonell og nedprioritering av planarbeidet i behandlingshverdagen.

Individuell plan er et viktig virkemiddel. Når man nå harmoniserer reglene om individuell plan, er det fare for at mange i denne gruppen blir stående uten en slik plan til tross for et klart behov. FFO er derfor positiv til at kontrollkommisjonen pålegges å kontrollere dette i forbindelse med etterprøving etter tre måneder. Tjenestemottakerens samtykke til individuell plan bør være skriftlig.

7. Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet.

Erfaringene med ”individuell plan ” så langt er at mange som har rett til en slik plan ikke har fått dette. Mangelfull kjennskap til regelen blant brukere og helsepersonell er en mulig årsak. En annen årsak kan være ansvarsforskyvning/fraskrivelse blant helsepersonell og nedprioritering av planarbeidet i behandlingshverdagen.

Individuell plan er et viktig virkemiddel. Når man nå harmoniserer reglene om individuell plan, er det fare for at mange i denne gruppen blir stående uten en slik plan til tross for et klart behov. FFO er derfor positiv til at kontrollkommisjonen pålegges å kontrollere dette i forbindelse med etterprøving etter tre måneder.

8. Endringer i forskrift 24.november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

I gjeldende psykisk helsevernlov § 4-4- oppstilles et lovforbud mot å treffe vedtak om undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Det er imidlertid gjort unntak for dette forbudet når det gjelder behandling med farmakologiske legemidler.

Ved denne lovendringen er det gjort unntak for forbudet mot alvorlig inngrep i § 4-4 for ernæring uten eget samtykke, dersom dette framstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ som ledd i behandlingen av en person med en alvorlig spiseforstyrrelse.

9. Endringer i forskrift 24.november 2000 nr. 1174 om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Dersom det er et bedre alternativ for pasienten kan tvungen psykisk helsevern gis uten døgnopphold i institusjon. Et slikt vedtak kan bare omfatte pålegg om at pasienten møter til behandling.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON

Liv Arum
Generalsekretær