



mentalhelse.no

19.10.2006

Høringsuttalelse fra Mental Helse angående Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i relevante forskrifter i forbindelse med endringer foretatt i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven

1. Innledende kommentarer/ synspunkter

Mental Helse ser forslagene til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven samt forslagene til endringer i forskriftene som et positivt bidrag fra Helse- og omsorgsdepartementet for å styrke brukerinteresser innenfor psykisk helsevern. Samtidig ønsker vi å understreke at Mental Helse i flere år har stilt spørsmål ved det reelle behovet for en egen lov for psykisk helsevern. Vi mener at lovverket på dette området bør bli innarbeidet i *Lov om Spesialisthelsetjeneste* og *Lov om Pasientrettigheter*. Mental Helse mener det er svært viktig å se det psykiske helsevernet som en del av den samlede helsetjeneste, og vi ønsker ikke ordninger som gjør psykisk helsevern til en særomsorg.

Det er også viktig for oss å vise til vår høringsuttale i samband med lovarbeidet som danner grunnlaget for endringene i forskriftene. Det som her framkommer, bla. vårt syn på behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven gjelder fortsatt, og vi arbeider fortsatt for å få fjernet behandlingskriteriet.

Vi viser her til Innst.O.nr.66 (2005-2006) fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv.:

"2.5.3 Behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungent psykisk helsevern

I forhold til § 3-3 punkt 3. a) viser komiteen til innspill i høringen fra Mental Helse Norge om at behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungent psykisk helsevern må bort. Komiteen mener dette er et svært viktig innspill fra pasienthold, og mener departementet i større grad bør gå inn i problemstillingene knyttet til eventuelt å oppheve behandlingskriteriet i forbindelse med vedtak om tvang. Det vises til at Psykologforeningen i sin høringsuttalelse mener det bør utarbeides en NOU blant annet med tanke på vurdering av om behandlingskriteriet kan fjernes.

Komiteen er opptatt av at brukarmedvirkning i større grad må ivaretas i psykiatrien. Komiteen viser til Mental Helses innspill til komiteen og anser det som viktig å lytte til deres erfaringer når det gjelder tvangsbruk og brukarmedvirkning. Komiteen ønsker en grundigere vurdering av behovet for behandlingskriteriet i loven, blant annet sett i lys av de ulike erfaringene som er gjort med bruk av tvang, variasjonene som allerede eksisterer i Norge, samt erfaringer fra sammenliknbare land.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ber departementet vurdere praktiseringen av bestemmelsene om tvungent psykisk helsevern og gi Stortinget en orientering om saken."

Vi viser også til fellesbrevet av 21.6.2006 fra Norsk Psykologforening og Mental Helse der vi bl.a. uttaler følgende:

"Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har etter de siste endringer i Psykisk helsevernloven (juni 2006) de samme rettigheter etter Pasientrettighetsloven som resten av befolkningen. §3-3 i Psykisk helsevernloven lovfester visse unntak. Mental Helse Norge har foreslått at behandlingskriteriet (tilleggs-kriterie a. i §3-3) utgår som grunnlag for tvangsinnleggelse. Norsk Psykologforening støtter i prinsippet dette forslaget, og anbefaler utredning og utprøving av muligheten for å ta behandlingskriteriet ut av lovverket. Er det faglige og menneskerettslige gode grunner for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal ha rett til selv å bestemme om de vil motta behandling for sin lidelse, på lik linje med resten av befolkningen? Hvis en psykisk frisk person motsetter seg behandling etter at omfattende informasjon er gitt om behandlingstilbudet, har den psykisk friske personen rett til å nekte behandling. Den psykisk syke blir tvangsinnlagt.

De aller fleste pasienter som tvangsinnlegges i dag, legges inn med grunnlag i behandlingskriteriet, ikke farekriteriet (fare for selv eller andre). Statusrapport fra SINTEF (Opptrappingsplanen for psykisk helse – status etter 4 år; 2003) viser at det i 2002 kun var 4 % av tvangsinnleggelser på sykehus etter farekriteriet alene, 77% etter behandlingskriteriet og 18% en kombinasjon av vilkår 1 og 2.

En tvangsinnleggelse er en alvorlig krenkelse av en persons integritet og bør bare skje hvis det er svært vektige grunner for det. I Norge har vi som nevnt ovenfor lovbestemmelser som tillater tvangsinnleggelse, dvs. et alvorlig inngrep, for å hindre fare for andres eller eget liv, eller for å gi den syke nødvendig behandling/omsorg. Omsorgsprinsippet har stått sterkt i den norske tradisjon, og for psykisk syke, sterkere enn autonomiprinsippet. Forslaget her går ut på at vi skal oppheve behandlingskriteriet som grunnlag for tvangsinnleggelse, sett i lys av menneskerettighetsprinsipper. Behov for behandling/omsorg versus rett til selv å bestemme er sentrale refleksjonstemaer.

Fagorganisasjonene og myndighetene har i mange år fokusert på og hørt brukere og brukerorganisasjoner snakke om tvangsinnleggelser og deres erfaringer med denne alvorlige inngripen i deres liv. Erfaringene vi hører om er at krenkelsen ved tvangsinnleggelser er dramatisk og at hjelpeapparatet bør gå langt for å sikre adekvat behandling uten å måtte bruke tvang. Krenkelsen ved tvangsbruk kan for mange være så stor at de positive effektene ved behandling ikke oppveier skadene. Det er ingen tvil om at enkeltindivider kan oppleve takknemlighet ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering nettopp fordi lidelsen medførte en realitetsbrist. Andre igjen vil aldri akseptere tvangsinngrepet, og behandlingsapparatet vil aldri komme i posisjon til å kunne tilby noe mer enn tvangsmedisinering, nettopp fordi tvang ble brukt. Det er i dette spennet mellom alvorlig krenkelse og menneskelig ivaretagelse dilemmaet i forhold til behandlingskriteriet ligger.

Hvis behandlingskriteriet skal bortfalle, vil det bli nødvendig å sette behandlingsapparatet i stand til å vurdere farekriteriet på et mer solid grunnlag enn det som ofte er tilfelle for dagens Psykisk helsevern. I dag brukes behandlingskriteriet antageligvis såpass ofte fordi det kreves spisskompetanse å vurdere farekriteriet (både suicid og farlighet for andre). Lederne innen behandlingsapparatet synes i liten grad å ha tatt til seg ny kunnskap om betydningen av dialogen med pasienten. Myndighetene må sikre at Psykisk helsevern har den nødvendige kompetanse til å ivareta individer og samfunnet ved evt. fare for liv eller alvorlig skade. Alvorlig psykisk syke mennesker som er til fare for seg selv eller andre må beskyttes. Disse pasientene må også unngå å bli kriminalisert. Mental Helse Norge, Norsk Psykologforening og de aller fleste andre instanser anser at farekriteriet, sammen med hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse, bør beholdes som grunnlag for tvangsinnleggelse".

Begge våre organisasjoner mener at det er mange og viktige spørsmål å diskutere og avklare i det videre arbeidet rundt behandlingskriteriet og mener et offentlig utvalg, med både bruker- og fagrepresentasjon bør drøfte og svare på bl.a. følgende tema og spørsmål:

- Skal mennesker med alvorlige psykiske lidelser ha samme rettigheter som resten av befolkningen ved at de selv skal få bestemme om de vil motta nødvendig behandling for sin psykiske lidelse? Gitt at de har fått grundig informasjon om behandlingstilbudene, og konsekvensene av behandling/ikke behandling. Gitt at de ikke er til fare for seg selv eller andre.

- Hvor skal grensen for farekriteriet gå? Når vurderes en psykisk syk person å være i fare for alvorlig helseskade? Grenseopp ganger for hvor langt samfunnet skal gå i å tillate at noen forekommer må trekkes. Justering av dagens fortolkning av farekriteriet, samt heving av kunnskapsnivået hos helsepersonell ved vurdering av farlighet/suicidfare/alvorlig helseskade anbefales.
- Hvilket utvidet ansvar må hjelpeapparatet påta seg hvis behandlingskriteriet skal kunne falle bort? Slik spesialisthelsetjenesten fungerer nå, er det fremdeles mange DPS'er og poliklinikker som ikke driver med oppfølgende/ambulerende tjenester. Mange helsepersonell har også en holdning til behandling som gjør at alvorlig psykisk syke mennesker kan bli skrevet ut fra poliklinisk behandling eller tvangsinnlagt hvis de ikke møter til avtalte timer. Sikring av annen type behandlingstilnærming (utover fast avtalte timer på en poliklinikk) bør være en lovfestet del av behandlingstilbudet på alle DPS'ene.
- Vi vil også vise til at Statsråden pr. i dag ennå ikke har svart på det felles brevet fra Norsk psykologforening og Mental Helse av 21.6.2006

2. Uttale til forslag til "Ny forskrift om skjerming"

Mental Helse ser positivt på at det blir lagt fram forslag til ny forskrift når det gjelder bruk av skjerming i psykiatriske institusjoner i det psykiske helsevernet. Når det er sagt, reagerer Mental Helse på grunnlaget som legges for behandlingstenkingen HOD har i forslaget til forskrift om bruk av skjerming. *Vi mener at et grunnleggende problem med skjerming er at metoden er i vid bruk uten at det foreligger noe klinisk behandlingsforskning om at skjerming har den tilskuede effekten behandlingsapparatet ønsker å oppnå, og som forskriften intenderer å skulle ha. Det er også betenkelig at skjerming brukes svært variabelt innenfor et behandlingssystem, sett i lys av at man skal forholde seg til et felles nasjonalt lovverk med tilliggende forskrifter. Dette kan tolkes som at det er et manglende metodisk faglig verktøy med et klart faglig dokumentert utgangspunkt, som skal føre til bedring i livssituasjonen for den som blir utsatt for dette. Mental Helse vil ut fra tilbakemeldinger vi mottar bestride utgangspunktet om at skjerming i hovedsak er en behandlingsform.*

Departementets uttalelser gjenspeiler et hovedproblem i forhold til tvang og helsemyndighetenes forhold til psykiatrifeltet: De "kjøper" fagfolkets begrunnelser for tvang og at det har behandlingsmessig effekt, uten å tvinge fagfeltet til å begrunne dette mer utfyllende, bl.a. med forskningsresultater som viser dette. Dette gjenspeiler seg blant annet i bruken av "uro" som et kriteriet for skjerming. Spesielt i forhold til ungdom, er uro er atferd med ulik mening. Lovreguleringen bør dermed, siden det er så uklart, heller fokusere på tvangsaspektet, og ikke behandlingskriterium-rasjonalitet.

Opprinnelig var skjerming en metode for psykoser, hvor man tenkte at rommets avgrensning m.m. skulle samle pasientens kaotiske tanker og redusere forvirring mv. Metoden ble samtidig også innført for å løse uro-problemet i de nye akuttpostene og ble så utvidet til andre pasientgrupper uten at det lå behandlingsforskning til grunn for dette. Man vet derfor ikke, slik forskriften slår fast, om og når skjerming er en god metode ved suicidalitet, manisk-depressivitet, psykose mv. Et grunnleggende problem ved metoden er at den skaper forvirring. *Mental Helse er dermed skeptisk til at forskriften uttaler seg så bombastisk om behandlingseffekter som i stor grad er basert på udokumenterte ideologier og antakelser om behandlingseffekter.*

Mental Helse mener det er et grunnleggende problem at feltet bruker uro og utagering som kriterier for tvang og skjerming uten å stille spørsmål om hva uroen handler om og pasientenes

subjektive mening bak atferden. Noen ganger kan denne uroen skyldes angst og forvirring, andre ganger protest mot tvang, krenkelser og en ydmykende rolle på skjerming, noen ganger panikk over innesperringen, eller protest mot at skjerming overhodet ikke er rett behandling. Det er en tendens til at alt dette fortolkes som symptomet uro og utagering, og møtes med skjerming - dvs det skapes en uheldig selvforsterkende sirkel. I slike urosituasjoner som skyldes skjermingseffekter (protest, panikk, stimulideprivasjon oa) bør man bruke andre ting enn skjerming. *Det er derfor nødvendig at forskriften i større grad viser et kritisk forhold til uro- og utageringskriteriet. Vi ber om en mye mer grundig vurdering av fagfeltets praksis og effekten av skjerming.*

Dokumenterte brukererfaringer viser at noen opplever skjerming som god hjelp, men tvangsrelatert. Andre opplever skjerming som den verste tvangsformen. *Vi får tilbakemelding på at innelukkingen og den sosiale isolasjonen ikke virker fremmende på behandlingsforløp, samt at den ydmykende rollen på skjermingsrommet, hvor de er fratatt alle eiendeler, er svært vond.* Dette blir opplevd som opplevelsbelastende og krenkende. Brukere oppgir skjerming som verre jo lengre den varer, andre som fengsel og innesperring hele tiden. Det at døren til selve skjermingsavsnittet holdes låst eller at pasienten ikke kan forlate dette uten personalets godkjenning, gjør skjermingsmetoden til en objektiv tvangsform for mange. *Dette strukturelle tvangsaspektet gjør at Mental Helse mener skjerming bør lovreguleres strengere slik også forskriften delvis gjør, fordi metoden er så sterkt belastende for enkelte /flere pasienter, og opplevelsen kan skifte over tid. Dette gjør at man må vurdere mer nøye om pasienten overhodet trenger skjerming, og en stadig fortløpende prosess om den bør oppheves.*

Mental Helse er enig med departementet om at tre ukers vedtak er altfor langt, og vi mener også at skjerming bør vurderes like strengt som isolatet for pasienter som oppgir skjerming som belastende. *Innenfor et slikt perspektiv mener vi at tvangsvedtak om skjerming må skje før tiltaket blir satt i verk. Mental Helse mener derfor at det som blir lagt opp til i forslaget § 2.7 ikke er tilstrekkelig.* En ordning med vedtak på forhånd vil også kreve annen form for behovsdokumentasjon, og at faglig ansvarlig må kjenne seg mer ansvarlig for iverksetting og gjennomføring. Det kan også medføre en annen form for dialog med pasienten og den som representerer vedkommende før vedtaket blir satt i verk. *Det er også et sentralt krav fra Mental Helse at pasienten sitt syn på tiltaket og gjennomføringen skal komme fram i journalen.*

Brukerne tror ikke at den omfattende bruken av tvang kun handler om manglende ressurser. Det handler like mye om den kulturen vi ofte finner i fagmiljøer som har makt innenfor det psykiatriske behandlingsmiljøet og som ikke har lært å føre en likeverdig dialog med den som eier problemet og sykdommen. I denne sammenheng står miljøer med mangel på tradisjon og alternativer for frivillig behandling overfor store utfordringer. Mental Helse mener at tidsrammen ut 2008 for Opptrappingsplanen er alt for kort når vi ser på målene om å realisere prosesser for samhandling og nyutvikling av det psykiske helsevernet.

Mental Helse vil uttrykke følgende:

- *Det er behov for å tydeliggjøre når skjerming skjer, og det må bli satt opp svært tydeliggjorte regler for på hvilke grunnlag og etter hvilke regler skjerming kan skje.*
- *Vedtak om skjerming må være gjort før ordninga blir satt i verk.*
- *Lovskaperne hviler for mye på fagfolkets hverdagslige antakelser og vurderinger uten å utfordre disse.*
- *Vi etterlyser bl.a. forskning som dokumenterer at skjerming har reell behandlingseffekt i form av være stimulireduserende. Ofte er det dette argumentet som blir brukt i forhold til*

behandlingseffekt. Vår påstand er at dette er basert mer på psykiaternes antakelser av behandlingseffekter enn på systematiske studier.

- *Skjermingsavsnittet bør holdes mest mulig åpent og kun lukkes ved særlige behov (slik man også gjør noen steder). I det døren er lukket er skjerming tvang og bør lovreguleres like strengt som isolatet. Dette bør gjøres selv om personalet er tilstede, da deres tilstedeværelse ikke nødvendigvis opphever fengselsfølelsen for pasientene. Det må stilles klare krav til å tilstrebe andre metoder for de mange pasienter som opplever skjerming til liten hjelp.*
- *Dersom pasienten har fått medhold i sin klage til kontrollkommisjonen en gang, vil vi mene at ny skjerming ikke kan bli gjennomført før ny sak er fremmet for kontrollkommisjonen, og at kommisjonen har tatt stilling til dette.*

3. Uttale til forslaget "Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvunget psykisk helsevern mv"

Mental Helse viser til tidligere uttalelse vedr. "behandlingskriteriet" og finner ikke å gjenta denne argumentasjonen her. Vi er innforstått med at det som skal bli den gjeldende forskrift må bygge på det vedtatte lovverk og hva som da er den gjeldende rett.

Mental Helse ser det som svært viktig at "nødvendighetskravet" er presisert, og at HOD på side 15 i høringsdokumentet under pkt. 3.5 understreker at "*Tvang skal bare benyttes i tilfeller hvor det ikke finnes frivillige alternativer*".

Vi kjenner mange brukere og vitner som forteller oss om at den frivillige strategi har mangelfulle vilkår innenfor sentrale geografiske deler av det psykiske helsevernet i Norge. Forskningsrapporter, bl.a. fra Sintef, forteller oss om vesentlige forskjeller på hvor tvang blir brukt som den mest vanlige måten å legge folk inn på i psykisk helsevern.

Gjennomgangstonen i brukerinnlegg på konferansen *Tvang og frivillighet*, arrangert bl.a. av LPP, vitnet om mange eksempler på praksis som gjenspeiler en snever forståelse av å forsøke frivillig vern. Når en akutt situasjon har bygget seg opp over lang tid og omgivelsene ikke makter situasjonen lenger uten hjelp straks, får man ikke samtykke og ser seg nødt til å etablere et tradisjonelt tvungent psykisk helsevern på akuttavdeling. En annen fortolkningsmåte av plikten til å forsøke å etablere frivillig vern kan blant annet være å bruke mer tid og forsøke ulike tilnærmingsmåter. Fra ovennevnte konferanse ble det fortalt mange historier om at mennesker som fikk etablert psykisk helsevern under tvang hadde henvendt seg frivillig til helsetjenesten i ukene før innleggelsen og blitt avvist. De ble definert til ikke å være syke nok, og deres egen opplevelse av å nå et punkt i sykdomstilværelsen der det ville bli umulig å leve med sykdommen uten at alt gikk galt, ble ikke hørt på.

Det norske samfunnet bør ha ambisjoner om at plikten til å forsøke å etablere frivillig vern har en utstrekning over noe tid. Mennesker som har hatt alvorlig psykisk lidelse og ber om hjelp fordi situasjonen er i ferd med å tilspisse seg på ny, må få et godt og fleksibelt tilbud. Hvis ikke bør det helt klart kunne hevdes at tjenestestedet ikke i rimelig grad har oppfylt plikten til å forsøke frivillig vern. Mental Helse etterlyser her ordninger der en kan stille spørsmål ved om slike institusjoner bør få inndratt godkjenningen som institusjon, fram til annen praksis er lagt til rette for. En etterlyser her også "sørge for"-ansvaret i helseforetakene for realisering av dette.

Når det gjelder tilnærmingmåter, i forhold til den enkelte pasient, er det en viktig mulighet å bruke gode perioder til å planlegge for eventuelle fremtidige dårlige perioder. Her har individuell plan vist seg å kunne være et verktøy for enkelte. Brukeren kan, i samråd med kommune og DPS, bruke tidligere erfaringer til å finne ut hvilke tiltak som bør iverksettes når en situasjon utvikler seg negativt, og også hvordan en eventuell akutsituasjon bør møtes. Dette kan åpne for individuelle tilpasninger, og en langt mer individrettet og langt mindre inngripende virkemiddelbruk enn det som i dag ofte er tilfellet. Men dette fordrer god planlegging og at individuell plan etterspørres og følges også ved inntak eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Vi ser at godt utbygde lokalbaserte tjenester kan bidra til å redusere behovet for bruk av tvang, jf. blant annet erfaringene fra Kvalitetsutviklingsprosjekt til Rådet for psykisk helse. Mental Helse ser det som svært viktig og avgjørende for utviklingen av det psykiske helsevernet at HOD bruker denne muligheten til tydeliggjøring av kravet om frivillighet og et entydig behandlingssystem som kan realisere dette.

Under den nevnte konferanse om tvang i psykisk helsevern ble det fokusert på at hovedproblemet er at tjenestene er innrettet slik at man utvikler tjenester som i praksis skaper alternativer til tvang. Det er i dag mange økonomiske, faglige og administrative kjepper i hjulene for tjenester/fagfolk som vil organisere seg slik at de i praksis kan gi gode tjenester før tvang blir nødvendig. For eksempel:

- Ikke gunstig refusjonsordning for ambulante tjenester for mennesker med tvangsinnleggelseshistorie, ofte med mange innleggelser bak seg.
- Faglig motvilje mot å nedtone betydningen av medikamenter, framfor utvikling av andre behandlingsmetoder og utstrakt dialog om de forventninger brukeren har til behandlingsmål for seg og hvordan gjennomføre denne.
- Foretaks-nei til forsøk med DPSer med totalansvar, med den konsekvens at kjøp av døgn til kostpris på tradisjonell akuttavdeling ofte blir nødvendig.
- DPS har ikke reelt ansvar for total-sykelighet i sitt opptaksområde, og om så der av kunne inneha styringen på kjøp av tjenester på klinikkavdeling etc.
- Mangelfulle oppbygde DPSer får mye sykehus tjenester uten noen planlagt forsterking og struktur i forhold til endring av dette innen foretaket. Brukerne får ikke helhetlige tjenester rundt seg, og konsekvens og resultat blir forverring av tilstand hos brukeren.
- Ingen forsøksvirksomhet med integrert kommune og DPS- nivå, som sikrer oppfølging og helhetlige tiltak.
- Ingen etablerte ambulante team.

Det er opp til HOD å avgjøre om endring av forhold som dette kan legges inn i en forskrift. Å invitere til styrings- og endringsprosesser for å oppnå økt frivillighet med økt krav til ledelse, både faglig og administrativt, er ikke noe brukerne er i mot.

4. Uttalelse til forslaget "Endringer i forskrift 24. november i 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverke skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet"

Brukerhistoriene er mange om tilfeller der behandlere og personell har brukt tvangsmidler for å formidle maktrelasjonene innen psykisk helsevern. Det gjelder ikke minst om tilfeller der det er brukt makt etter § 3 a og 3 c. Vi betviler ikke at det i noen tilfelle er behov for å bruke de virkemidler som her blir linjert opp. Innen et framtidig menneskeverdig psykisk helsevern ønsker vi behandlingsmetoder som gjør § 3 a unødvendig, eller at denne paragraf ikke har

relevans i møte mellom hjelper og bruker. Det er dessverre slik at norsk psykisk helsevern er preget av mangelfulle og ikke alternative behandlingsmetoder der møtet mellom hjelper og bruker fører til disse former for tvangsbruk. Vi ønsker at dette kan bli annerledes.

Mange steder i lov og forskrifter finner vi et menneskesyn og et sykdomssyn som uttrykker at dialogen og nettverksarbeidet er definert bort som alternativ. En baserer seg på ideen om at mennesker med psykiske lidelser er uten selvinnsikt/ samtykkekompetanse, og mulig farlige. Vi tør nevne at dette er et syn som har svært dårlig vitenskapelig dekning. Tvert imot har forskning vist at selv med en alvorlig diagnose er selvinnsikten som hos folk flest. I denne sammenheng er det derfor mange grunner til å etterlyse reelt samsvar mellom det gjeldende lovverk og den praksis som har utviklet seg blant sentrale aktører, med stor innflytelse innen norsk psykisk helsevern.

Mental Helse viser til våre tidligere merknader om bruken av isolasjon som tvangsmiddel. Vi vil sterkt oppfordre til at isolasjon som straffetiltak/tvangstiltak i den norske psykiatrilov blir gjort ulovlig, og at denne praksis må opphøre ved de psykiatriske institusjoner som etter deres definisjon fortsatt bruker et slikt såkalt "terapeutisk virkemiddel". Dersom et slikt virkemiddel fortsatt skal bli brukt, er det svært påkrevd at bare den faglig ansvarlige kan vedta et slikt virkemiddel, og at vedtak om dette ikke kan skje i etterkant. Det er også viktig at faglig kvalifisert personell skal være til stede hele tiden. Uansett ser vi det også som viktig at enhver form for anbringelse bak låst dør/stengt dør blir definert som isolasjon, og ser viktigheten av at dette blir tydeliggjort i forskriften.

Mental Helse reagerer på at HOD, slik det framkommer på i forslaget til § 6 i forskriften, imøtekommer "mulighet for unntak" fra kravet til at faglig ansvarlig skal vedta bruk av tvangsmidler. Vi vil protestere mot dette unntaket. Vi frykter at denne liberaliseringen gjør at andre enn faglig ansvarlig kan sette i verk tvangstiltak, og at dette kan bli utnyttet til ytterligere bruk av tvangstiltak. Det vil lett kunne skje i institusjoner med manglende faglig kvalifisert personell. Ved å endre forskriften på dette punktet vil brukere kunne oppleve seg ennå mindre i stand til å være eiere av eget liv, og vil kunne påføre brukeren ennå mer tvang. Det blir det motsatte av å kunne motta hjelp på egne premisser i dialog med et behandlingsapparat som kjenner seg forpliktet til samhandling med den som eier sykdommen og problemet.

Mental Helse ønsker å sette i verk en verdidebatt om hvordan behandling i et framtidig norsk psykisk helsevern skal bli gitt, uten å etablere ytterligere muligheter for bruk av tvang. Der må også sentrale aktører, som holder seg sterkt til den medisinske tradisjon, bli mer ydmyke for andre behandlingsveier med vekt på likeverdig samhandling og dialog enn hvordan mange brukere opplever dette i dag. Dette vil faktisk være i reelt samsvar med de intensjoner som ligger i St.prp. nr. 63 (1997/98), sitt kapittel 1.2, og som derfor inneholder det sentrale verdigrunnlaget for hele opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette er et syn som vi som brukerorganisasjon kjenner oss sterkt forpliktet til å framføre, og være sentrale deltakere i for å oppnå de uttalte mål i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Mental Helse vil også foreslå at det i § 6 blir lagt inn følgende avsnitt:

"Pasienten sitt syn på bruken av tvangsmiddel skal journalføres i samsvar med pasienten sitt ønske om og syn på dette. Ved klage skal det dokumenteres for kontrollkommisjonen at dette er blitt skrevet ned. Det skal her også framkomme i hvilken grad dette ønske og syn er blitt imøtekommet".

Til § 7 i forslaget til forskrift:

Mental Helse vil at denne paragraf skal bli endret slik at et hvert vedtak om bruk av tvangstiltak, også alle definerte behandlingstiltak slik disse framkommer i kapittel 4 i loven, skal gi brukeren rett til advokat etter Lov av 13. juni 1980 nr 35 om fri rettshjelp. Ethvert tiltak styrt ut fra grunnlaget tvang må føre til en lovmessig rett for brukeren til å fremme sin sak uten at personlige, materielle vilkår skal være hindrende for dette. Slik det nå fungerer, er paragrafen til hinder for dette. Mange mennesker med alvorlig psykisk sykdom har og lever under vanskelige økonomiske vilkår. For mange fører mangelen på annen inntekt enn trygd til at en over lang tid har hatt og har en svært trang økonomisk situasjon.

Det er her også grunn til å vise til at når brukeren blir definert til å inneha manglende samtykkekompetanse av institusjonen, er det den vanlige praksisen at det er de samme personene som tar stilling til dette, og som derav overtar samtykkekompetansen, og som iverksetter tvangsbehandlingen.

Mental Helse mener det er grunn til å spørre om dette er et tilstrekkelig rettsvern for den det gjelder, når denne samtidig av materielle hensyn heller ikke er i stand til å sikre interessene sine. Dette skjer i et system der praktiseringa av menneskerettigheter fortsatt har åpenbare svakheter. Det er fort å trå feil og krenke folks rettigheter. Mange brukere mener at de på denne måten har et dårligere rettsvern enn kriminelle.

På dette grunnlaget vil Mental Helse hevde at det er et stort behov for endring av innholdet i denne paragrafen slik vi foreslår. I denne sammenheng vil vi også be myndighetene tydeliggjøre i lovverket at dette også gjelder brukeren og pårørende sin rett til domstolsprøving i henhold til kapittel 33 i Lov om tvistemål. Dette må gjelde alle sider av beslutninger knyttet til bruk av tvang, inkludert spørsmålet om omfanget av retten til fritt sykehusvalg.

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

Tilbud på brukernes premisser med tilstrekkelig kapasitet, korte ventetider og av god kvalitet er noen av forutsetningene for å lykkes. Tilbud på brukernes premisser betyr også nødvendig fleksibilitet, tid og langsiktighet for å utvikle ferdigheter og styrke evnen til å mestre deler av eller alle deler av tilværelsen. For personer med sammensatte behov er det viktig at tilbudet samordnes slik at tjenestetilbudet til den enkelte fremstår som helhetlig. Selv om viktigheten av samarbeid og samordning er tatt opp i mange sammenhenger, er det mange brukere som opplever et oppsplittet tjenesteapparat, og at det er vanskelig å få de tjenestene en har behov for, og til rett tid. Mange bruker mye tid og ressurser på å koordinere de ulike tilbudene, og en koordinator (kontaktperson) etterlyses. Bestemmelsene om individuelle planer er gitt for å imøtekomme dette behovet. *Mental Helse mener det er svært viktig at dette i større grad kommer tydelig fram i lovformuleringen.* I viktige livsperioder er det ikke noe stort problem å bruke dialogen og samhandling med den det gjelder som verktøy for realisering av individuell plan. Det psykiske helsevernet må lære seg å bruke iboende og tilgjengelige ressurser hos den det gjelder i mye større grad enn hvordan dette blir gjort i dag.

Mental Helse støtter den lovendring som er kommet i § 4-1 i psykisk helsevernlova og mener dette er med på å normalisere psykisk helsevern som en del av den samlede spesialisthelsetjeneste. Vi vil likevel uttrykke følgende:

Mental Helse mener at det i realiteten burde være tilstrekkelig at lovpålegget finnes i andre lovverk, som for eksempel spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Mental

Helse mener at Stortinget gjennom å opprettholde denne lovparagrafen i psykisk helseloven er med på å opprettholde psykiatrien som en særomsorg innen helsetjenestelovgivningen.

6. Uttale til forslaget "Endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet

Mental Helse har ingen spesielle merknader til selve endringene i forskriften som det her blir lagt opp til. Vi ønsker likevel å understreke hvor viktig det er at en uavhengig fagperson står for undersøkelsen utenfor institusjon, og det er etter vårt syn fullt faglig forsvarlig at dette er en psykolog. Ved innleggelse vil en ofte som lovgiver tenke på fastlegen sin rolle, eller på legevakten. Vi vil understreke kravet i loven om at frivillig vern skal være forsøkt. Vi har en forhåpning om at psykologer kan bidra til forbedring av dette kravet og målet.

På poliklinikkene i Norge er psykologene den største yrkesgruppen med selvstendig diagnostisk kompetanse. Denne utviklingen vil bli ytterligere forsterket når vi får bygget ut flere ambulante team. De ambulante teamene må være sentrale i forhold til at "Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt....". De ambulante teamene har en viktig rolle m.h.t. å redusere tvangsinnleggelser i Norge.

Det vil i mange tilfeller ikke være mulig for ambulante team å ha med lege ut på hjemmebesøk. Det er derfor viktig at psykologen kan utføre undersøkelse og undertegne innleggelsesbegjæring. Dette er åpenbart en mer forsvarlig løsning enn å tilkalle en legevakslege. På sykehuset må det alltid gjøres en forsvarlig somatisk undersøkelse – uansett hvem som er faglig ansvarlig for vedtak. Vanligvis gjøres dette av assistentlegen. Slik bør det fortsatt være.

7. Uttale til forslaget "Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet

Mental Helse har lenge arbeidet for at det skal være kontrollkommisjonens ansvar å kontrollere/sørge for at individuell plan foreligger som sentral del av et helhetlig behandlingsopplegg. Vi er glade for den lovendring som gjør at kontrollkommisjonene nå skal ha dette ansvaret, men vi er ikke tilfreds med den formulering som nå blir foreslått i forskriften om dette, jfr. §§ 3.2 og 4.2.

Vi mener det må bli sterkere tydeliggjort at mangelen på individuell plan er et alvorlig forhold som både må føre til at kontrollkommisjonen kan stille reelle krav til institusjonen om at individuell plan skal foreligge, og også at den etter maksimalt 3 måneder, når brukeren er i institusjon, skal varsle helsetilsynet om at denne ikke foreligger. Mangelen på individuell plan er faktisk en tjenesteforsømmelse fra det samlede tjeneste- og hjelpeapparatet sin side. En individuell plan vil være med å sikre helhetsperspektivet i et behandlingen. Dette vil ikke minst være viktig innen et lokalbasert psykisk helsevern som fordrer samhandling og dialog mellom de ulike parter, som f.eks brukeren selv, pårørende, nærpersioner, kommunens tjenesteapparat, NAV og spesialisthelsetjenesten. Den vil være helt sentral i et helhetlig rehabiliteringsopplegg. *I de tilfelle der det blir nødvendig må kontrollkommisjonen kunne inneha den myndighet der det er behov for å realisere kravet om dette. Resultatet vil kunne bli at det samlet sett i mange tilfelle ikke blir behov for nye reinnleggelser av mennesker med psykisk sykdom.*

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

I denne forskriften går man inn for at pasienter med spiseforstyrrelser kan underlegges tvungent psykisk helsevern for å få tilført næring. Vi kan vanskelig forstå at det her ikke holder med bruk av tvang etter farlighetskriteriet. Vi vet at tillitsrelasjonen er spesielt viktig og sårbar i forhold til denne pasientgruppen. Vi etterlyser i sin helhet et sterkt ønske om at tillit skulle tillegges større betydning i behandlingsrelasjonene i det norske psykiske helsevernet.

Eksempelet med spiseforstyrrelser kan sies å tydeliggjøre behovet for å styrke farekriteriet og fjerne behandlingskriteriet. Ved spiseforstyrrelser kan det oppstå et farenivå som vekker en allmenn forståelse for at en skal vurdere å behandle uten samtykke. Underernæring kan være livstruende og kan være kombinert med et ønske om å dø. MHN støtter derfor forskriftsendringen. Vi ser det som svært viktig at oppfølgingsansvaret er svært tydeliggjort også i forskriften, og ikke bare i kommentarene til denne.

9. Uttale til forslaget "Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvunget psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon"

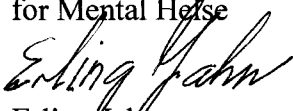
Mental Helse har ingen merknader til selve forslaget til endring i forskriften. Men vi vil være svært tydelig på at vi ikke aksepterer bruken av politi som innhentingsinstans i de tilfelle denne forskriften omfatter. Dette må være et ansvar som fullt ut tillegges helsetjenesten å gjennomføre. Det motsatte vil føre til "kriminalisering" av mennesker med psykisk sykdom, og medfører alvorlige traumer for barn, pårørende og andre nærperso-ner. Vi ber om at denne presiseringen innarbeides i forskriften.

Vi ønsker også at følgende skal bli lagt inn som eget punkt i forskriften:

"Pasienten sitt syn på bruken av tvangsvedtak skal journalføres i samsvar med pasienten sitt ønske om og syn på dette. Ved klage skal det dokumenteres for kontrollkommisjonen at dette er blitt skrevet ned. Det skal her også framkomme i hvilken grad dette ønske og syn er blitt imøtekommet".

Mental Helse vil forslå at HOD tar initiativ til et eget informasjonsbrev til bruker- og pårørende organisasjoner, kommuner, helseforetak og ansvarlige innen psykisk helsevern om hvilke former for tvangstiltak og – behandling som i medhold av denne forskriften kan bli satt i verk. Vi har et inntrykk av at mange har et misforstått forhold til hvilke type tiltak som her kan bli utført, for eksempel tvangsmedisinering i eget hjem/botiltak.

Men hilsen
for Mental Helse


Erling Jakn
Landsleder

Mette Kammen
Ass. Generalsekretær.