

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Diakonhjemmet Sykehus AS
Postboks 23 Vinderen
0319 OSLO
Telefon 22 45 15 00
Telefaks 22 45 16 06
Besøksadr. Diakonveien 12
administrasjon@diakonsyk.no
www.diaconhjemmet.no
Bankgiro 7038 05 19621
Org. nr. 982 791 952

Vår referanse: 918/06

Deres referanse: 200603704-/OB

Vår dato:

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

I og med at lovteksten er vedtatt, er det selvsagt allerede lagt de føringer som i størst grad påvirker forskriftene. Veivalgene for endring er allerede tatt og vedtatt. Etter vår mening, er det en hensiktsmessig tilpasning til erfaringer rundt loven, men endringene burde etter vår mening vært noe mer omfattende ut fra de erfaringer og tilbakemeldinger som forelå.

Til de enkelte forskriftsparagrafer kommenteres i samme rekkefølge som høringsdokumentet behandler det men knyttet opp mot de paragrafer i Psykisk helsevernloven forskriftene gjelder:

Psykisk Helsevernloven § 4-3 Skjerming

I lovteksten er det gjort endringer som innebærer en innstramming av reguleringen av skjerming.

Forskriften er ny og bifalles i hovedsak. Det er hensiktsmessig at et så alvorlig og inngripende tiltak detaljreguleres strengere og gjennom egen forskrift med merknader. Vi er også enige i den differensiering som gjøres hva gjelder innskjerping til 24 timers grense for vedtak. Det bifalles også den presisering som gjøres i merknadene til forskriftens § 7 annet ledd slik at dertil innredede skjermede enheter med pasientrom og stuer og andre fasiliteter, hvor skjerming vanligvis utføres, kommer inn under 24-timers regel. Dette er i tråd med god og gangbar praksis.

Det er også viktig å presisere at man i forståelsen av forskriftens § 8 fjerde ledd må forstå at pasienter som skjermes i hovedsak er så syke at tilstedeværelse av personale er hovedregelen, ikke unntak.

Psykisk Helsevernloven kapittel 3 om Tvungent psykisk helsevern

Begjæring

Vi bifaller bortfall av begjæring ved innleggelse. At det foreligger en begjæringsmulighet/nødvendighet i forhold til tvungen legeundersøkelse er nødvendig og forståelig, men det synes uklart hva som deretter er ment med begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Disse siste punktene burde klargjøres i forskriften da det er blitt uklart hva som utløses av slik begjæring all den tid slik begjæring ikke lenger er nødvendig for innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og en legeundersøkelse (tvungen eller frivillig) uansett må være foretatt før innleggelsen. Etter vår oppfatning blir lov og forskrifter utydelige hvor denne utydeligheten er en følge av at man tar med seg noe som har mistet sin egentlige betydning og hvor betydningen av denne begjæringsadgang i ny lov vedr tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ikke gir egentlig mening.

Utdypende presisering i merknader avklarer heller ikke dette forholdet etter vår vurdering. I tillegg har man beholdt begrepet ”videre undersøkelse” til tross for at det synes å være et mål at dette skal erstattes med ”tvungen observasjon”.

Overføring

Dette er en del av loven som medfører mange uklare situasjoner og praktiske vanskeligheter i driften av institusjonene, hvilket også høringssvar vel gjenspeilte. Etter vår vurdering burde forskriften ta opp i seg og klargjøre det faktum at man i psykiatrien må snakke om behandlingskjeder og at flere institusjoner må samarbeide om samme pasient. Mye av kvalitetsarbeidet i dag består bl.a. i å forhindre at det skal oppstå glipp og hull mellom behandlingsledd.

Lovens ordlyd i § 4-10, første ledd andre punktum sier: ”Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon”. Her burde forskrift, evt. merknad, ta med at man med ”samme institusjon” kan mene samme **behandlingskjede**. Hvis to akuttstuskehus samarbeider om en felles subakutenhet som organisatorisk ligger under den ene, har man ikke noe valg annet enn å overføre til denne institusjonen ved lengre behandling. Klagegrunnlaget mangler da det jo ikke kan være aktuelt at behandlingen skal sluttføres på akuttavdelingen, og det ikke finnes andre alternativer.

Psykisk Helsevernloven § 4-8 femte ledd, forskriftens § 6 om tvangsmidler

Forskriften forsøker å tilnærme loven til dagens praksis. Lovens ordlyd er at det er faglig ansvarlig for vedtak som treffer vedtak om bruk av tvangsmidler ”**dersom ikke annet er fastsatt i forskrift**”.

Slik det nå lyder i forskriftens § 6, andre ledd, er forskriften lite presis og klar på et punkt hvor det er viktig med klarhet samtidig som den skal være anvendelig i praksis. Det ville derfor være bedre om man konkret kunne tydeliggjøre at ansvarshavende ved avdelingen (vakthavende lege er en bedre betegnelse) kan vedta bruk av tvangsmidler i akutsituasjonen som nedtegnes, og at faglig ansvarlig for vedtak skal gjøre vedtak **senest** neste dag dersom tvangsmidler skal opprettholdes dersom tvangsmiddelet fortsatt er i bruk. Ofte vil tvangsmiddelet være opphevet i løpet av natten som en følge av vurdering fra vakthavende i forhold til endring i pasientens tilstand, og andre ganger vil det ikke være mulig å løsne for eksempel mekaniske tvangsmidler til tross for at pasienten sover da det må gjøres en ny og grundig vurdering når pasienten våkner. Dette siste er særdeles aktuelt ved større utagering eller voldsbruk og/eller alvorlige trusler før beltelegging.

Psykisk helsevernloven § 4-1 om Individuell plan

Vi bifaller den presisering som er gitt i lovteksten ved at det er pasienter med ”behov for langvarige og koordinerte tilbud” som skal ha individuell plan. Vi bifaller også forskriftens presisering av at den kun skal utarbeides ved samtykke selv om det er på sin plass å problematisere at pasientgrupper uten samtykkekompetanse jo har særdeles stort behov for individuell plan. Dette burde vel avklares i forskrift eller merknad.

Psykisk Helsevernloven § 1-4 Faglig ansvarlig for vedtak

Her foreslås det en endring fra delegering av faglig ansvar for vedtak til et generelt systemansvar på institusjonsnivå basert på minstekrav til kvalifikasjoner. I prinsippet bifaller vi denne endring, men det er av vesentlig betydning at det foreligger en dispensasjonsmulighet hvor ”nestenspesialister” som fungerer som ”konstituerte overleger”, og kanskje også tilsvarende for psykologspesialister, kan gis dispensasjon fra generelle krav basert på at de har for eksempel minimum 1 år igjen til antatt godkjenning. For leger betyr dette at de har minst 4 års relevant praksis allerede.

Det er viktig at lov og forskrifter skal regulere minstekrav og systemansvar. Psykiatrien vil ikke få flere fagfolk på kort sikt ved at man snevrer inn denne dispensasjonsadgang, men det vil gjøre at psykiatrien mange steder vil mangle kompetente fagfolk over kortere eller lengre perioder til vedtaksarbeid. Dispensasjonsmulighet er etter vår vurdering en absolutt forsvarlig praksis forutsatt at det overordnede ansvar dekkes av spesialist. Det kan også ses på som et godt og hensiktsmessig tillegg i utdanningen av spesialister.

Med hilsen

Diakonhjemmet Sykehus

Morten Skjøshammer
Adm. direktør

Jacob Mosvold
Sjeflege