

Notat

Til: Sjefflege Haakon Melsom
Fra: Divisjonsdirektør Øystein Mæland
Dato: 12102006
Vår ref.: 200607238-3/008

Høring - forskriftsendringer ifbm endringer i Lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven

Høringsforslaget har vært presentert og drøftet i Psykiatrisk divisjon sitt fagråd der fagfolk fra alle divisjonens 11 avdelinger har deltatt, inkludert sykehusets jurist. Generelt kan vi si at det ikke er store motforestillinger mot de forslag som fremmes.

Vi synes det er bra at det gis mulighet til observasjon utover 10 dager dersom det er strengt nødvendig (§ 3.2) og at dette reguleres ved hjelp av kontrollkommisjonen. Pasientene på enkelte av våre spesialavdelinger slik som Regional sikkerhetsavdeling og Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede har sammensatte lidelser, og det kan være behov for forlenget observasjonstid i enkelte tilfeller.

Det kan virke noe uklart om begjæring kreves eller ikke. Kravet til begjæring fra offentlig myndighet eller nærmeste pårørende som vilkår for tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern er opphevet. Det er ikke lenger et selvstendig vilkår for tvunget psykisk helsevern. Men det kreves at offentlig myndighet om nødvendig skal fremme begjæring (§ 3.6), og som det står i forskriftene: " offentlig myndighet og den enkelte institusjon som er godkjent for bruk av tvang må fortsatt ha systemer for å ivareta kravet til begjæring. Kontrollkommisjonen skal påse at plikten overholdes, men brudd på plikten vil ikke innebære at tvunget psykisk helsevern ikke kan etableres."

Vi støtter at skjermingsbestemmelsene reguleres tydeligere, og har noen kommentarer:

- Side 4, 2.2 andre avsnitt: "I de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes utover 12 timer". Dette er upresist og gir grunnlag for skjønn. Altså, av forskrift må fremkomme klart i hvilke situasjoner 24 eller 12 timersregelen gjelder.
- Side 5, § 4: " Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom....." Hva ligger i uttrykket henvises til? Betyr det at vi ikke lenger kan anmode en pasient om å gå på sitt rom, uten at det er å oppfatte som et skjermingstiltak?
- Side 7 § 10 Skjermingsvedtak skal føres til protokoll. Dette burde være unødvendig i dag da all tvang registreres ikke bare i journal, men i elektronisk journal (pasdoc). Tvangsbruken er godt dokumentert og lett tilgjengelig for tilsynsmyndighetene. Vi synes det virker

uhensiktmessig å gå tilbake til "papirkontroll". I neste avsnitt står det at bruk av skjerming over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen. Hva defineres som lengre tid? Da er det enklere å si at alle vedtak skal fremlegges.

- Side 10,3.avsnitt om endring av § 4-10- det skal ikke fattes vedtak om overføringer innen samme institusjon. Vi ønsker at begrepet institusjon defineres for eksempel som overføring mellom avdelinger innen samme divisjon/klinikk eller et HF.
- Det er hensiktsmessig at det i den nye forskriften defineres nærmere hva som er skjerming og at det f.eks skilles mellom skjerming § 4.3 og isolasjon § 4.8.
- Punkt 4.5 " Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. nov. 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjon for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet " til § 3. I den nest siste linjen i avsnitt 5, nedrest på side 19, står det: " hvor en pasient under måltid griser med mat og pleiepersonalet i en kort periode holder vedkommendes hender for å få pasienten til å slutte med dette." Vi syns språkbruken er uheldig og savner også problemstillingen omkring personlig hygiene. Vårt forslag til tekst: hvor pasienten må ha hjelp for å få dekket grunnleggende behov til f.eks. hjelp til personlig hygiene og måltider.
- Det er fornuftig at kortvarig fastholding har kommet inn som tvangsmiddel, da holding både av pasient og personale ofte oppleves som utøving av tvang Samtidig holder loven åpent for at holding kan vurderes som omsorg og da ikke anføres som et tvangsmiddel som krever vedtak. Grenseoppgangen mellom disse vil ikke alltid være enkel.

Det åpnes opp for å tvangsbehandle pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser med ernæring. Vi har eksempler på andre pasientgrupper, f. eks schizofrene, som i sykdomsfaser slutter å spise. Hvordan stiller loven seg til å kunne tvangsernære disse pasientene? Vil man kunne vurdere at de i den gitte situasjonen også har en spiseforstyrrelse slik omtalt i loven?

Vedrørende bestemmelsene om den faglig ansvarlig for vedtak, støtter vi harmoniseringen mellom voksen og barn og de betraktninger som fremlegges. Det ville vært ønskelig om man i kravene til klinisk psykologspesialist kunne legge inn krav til tjeneste ved avdeling som er godkjent for tvungent psykisk helsevern, slik at psykologer kunne kvalifisere seg til å bli vedtakskompetente før de blir spesialister. Det vil bidra til å realisere opptrappingsplanens mål.

Det har kommet opp spørsmålet om psykologer kan legge pasienter frivillig inn på sykehus. Det fremstår som uklart om de kan det, og vi har fått motstridende svar fra kompetente myndigheter. Det er derfor ønskelig med en avklaring på dette. Ved tvangsinnleggelse kreves legeundersøkelse. Her bør man vurdere om klinisk psykologspesialister som er vedtaksansvarlige etter forskriftens bestemmelser også skulle kunne legge pasienter inn i tvungent psykisk helsevern når de arbeider i en offentlig institusjon som for eksempel et DPS. Krav til somatisk legeundersøkelse kan ivaretas av avdelingen som pasienten legges inn i.