



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Helse- Og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Seksjon for medisinsk etikk

Postboks 1130 Blindern

NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 660

Telefaks: 228 50 590

E-post: sme-adm@medetikk.uio.no

Nettadresse: www.med.uio.no/iasam/sme

Dato: 16.09.2005

Deres ref.: 200403872-/LAD

Vår ref.:

Merknader til høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven

Seksjon for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo ønsker å formidle nedenstående merknader til høringsnotatet. SME har bl.a. ansvaret for nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikk-komiteer. Merknadene gis bl.a. med bakgrunn i erfaringer fra disse komiteene som nylig er opprettet ved alle norske helseforetak og som betjener både psykiatrien og somatikken.

Generelle merknader

- Høringsnotatet inneholder en del mangler og uklarheter mht helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og forholdet til nytt lovforslag for bruk av tvang i somatikken (se nedenfor).
- Helse- og omsorgsdepartementets' (HOD) ber om kommentarer på en rekke steder i høringsnotatet. Hvis dette er uttrykk for at HOD mangler vurderingsgrunnlag, burde trolig denne typen informasjon vært innsamlet før utsendelsen av høringsnotatet.

Særskilte merknader

Kap. 4: Pårørendes rolle og rettigheter når pasienten ikke er samtykkekompetent bør presiseres.

Kap. 5: Gjennomgangen av de viktigste erfaringene som foreligger i forhold til praktisering av psykisk helsevernlovens bestemmelser bør også inkludere praksis for informert samtykke/kompetansevurderingene og informasjon/medvirkning for pårørende hvor pasienten ikke er kompetent. Hvis HOD ikke har kunnskap om dette, bør dette trolig skaffes til veie før endelig lovforslag foreligger. SMEs inntrykk basert på enkelte erfaringer fra kliniske etikk-komiteer og andre klinikere, er at praksis er variabel og ofte ikke i samsvar med helselovgivningen, men dette bør trolig undersøkes mer systematisk.

Kap. 6.2.3: Europarådets konvensjon art. 9 stiller krav til at man ivaretar tidligere uttrykte ønsker med hensyn til behandlingen for personer som på tidspunktet for behandlingen ikke er i stand til å uttrykke det. Dette bør gjøres enda mer eksplisitt både i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven.

Kap. 7.2.4.3: Ordsammenstillingen "representert samtykkekompetanse" (3. linje) er misvisende og bør endres til "representert samtykke".

En rimelig tolkning av kapittelet er at der pasienten er uten samtykkekompetanse, yter motstand og der kravene til tvungent psykisk helsevern (TPH) ikke er oppfylt, så kan tvungen helsehjelp ikke gis. Dette synes i så fall å gi strengere kriterier for bruk av tvang i psykiatrien enn det foreliggende lovforslaget for somatikken. Hvis dette er HODs intensjon, bør det presiseres og begrunnes nærmere.

En annen rimelig tolkning av kapittelet er at hvis pasienten oppfyller kravene til TPH og er uten samtykkekompetanse, så skal TPH etableres uavhengig av motstand. Dette bør presiseres enda tydeligere og dette burde vært vurdert i forhold til gjeldende praksis (som ikke er beskrevet) og lovforslaget for somatikken (hvor motstand er et nødvendig kriterium for at regelverk for tvang skal komme til

anvendelse). Det bør også vurderes hvilke betydning nevnte sistnevnte tolkning/føring skal ha for tvangsbehandling til pasienter uten samtykkekompetanse, for eksempel tvangsernæring.

Man bør unngå å kun bruke termen ”grunnvilkåret”, hvis man egentlig mener at også ”tilleggsriteriene” skal være oppfylt.

Kap. 7.2.8: Under omtalen av rett til valg av sykehus bør det vurderes om samtykkekompetanse er en forutsetning for fritt sykehusvalg. Dette spørsmålet synes uavklart både for psykiatrien og somatikken. En vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med evt. vurdering av rett til fritt sykehusvalg, blir imidlertid vanskeligere så lenge pasienten ikke skal måtte begrunne sitt valg. Dette gjelder trolig også generelt hvis faglig ansvarlig skal foreta en vurdering om pasientens ønske om å benytte seg av fritt sykehusvalg skal imøtekommes.

Kap. 7.5.3.3 (jfr. og side 12 og lovendringforslag for somatikken): Bestemmelser for bruk av tvangsmidler, for eksempel belter, kan nå bli nokså ulike i psykiatrien og i somatikken. For eksempel vektes behandlingshensyn og andre hensyn (for eksempel materielle skader) svært ulikt. Denne ulikheten kan skape unødig forvirring og kan virke urimelig, og bør eventuelt begrunnes bedre.

Kap. 7.5.3.4: Her hevdes det at somatikken ikke har generelle lovfestede regler om bruk av tvangsmidler. Denne påstanden bør vurderes i lys av nytt lovforslag for bruk av tvungen helsehjelp i somatikken (inkluderer bevegeshindrende midler som belter m.m.).

Kap. 7.5.4: HODs vurdering om bruk av nødrettslige betraktninger ved fravær av lovfestede vilkår bør vurderes i lys av nytt lovforslag for somatikken, hvor kun hensyn til pasienten selv er legitime hensyn, og eventuelle andre hensyn vil måtte vurderes i forhold til nødrett.

Kap. 7.6: Den videre oppfølgingen av regelverk om tvang bør inkludere kvalitetssikring også utenfor kontrollkommisjonene, for eksempel gjennom kliniske etikk-komiteer som nylig er opprettet ved alle norske helseforetak. Disse inkluderer både somatikken og psykiatrien i sine respektive foretak. Flere av disse har jobbet med etiske spørsmål knyttet til bruk av tvang (gjennom undervisning, klinisk veiledning, og retningslinjer). Komiteene kan også bidra i informasjonsarbeid/undervisning knyttet til de foreliggende lovendringsforslagene. Erfaringene fra disse komiteene vil trolig i fremtiden kunne gi viktige innspill i den videre utviklingen av lovverket, for eksempel spørsmål knyttet til samtykkevurderinger, pårørendes medvirkning, bruk av tvang, og urimelig konsekvenser av regelverket.

Kap. 7.9.3.1: Konverteringsforbudet har, som HOD legger til grunn, vært problematisk i enkelte situasjoner. En rimelig tolkning av høringsnotatet (jfr. s. 65, s. 67 og s. 94) er at nødrett som hjemmelsgrunnlag ikke er tilstrekkelig for å håndtere disse problematiske situasjonene. Når det i forslaget til unntak for konverteringsforbudet presiseres at dette ikke favner videre enn nødretten kan dette skape unødig uklarhet (jfr. s. 94).

Kap. 7.9.4.1: Det bør presiseres om man (jfr. også § 4-4 s. 100) også sikter til pasienter uten samtykkekompetanse (uavhengig av motstand) under tvungent psykisk helsevern. § 4-4 bør vurderes endret hvis nevnte pasienter er inkludert, da vilkårene og ordlyden synes å forutsette at pasienten er samtykkekompetent og/eller yter motstand.

Kap. 7.10.1.2: Det er interessant at HOD inkluderer behandling for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser som et eksempel på helsehjelp i akutte situasjoner og hvor helsepersonelloven § 7 kan komme til anvendelse, ut fra en vurdering av situasjonens alvorlighet. Alvorlig spiseforstyrrelser er et eksempel på en kronisk tilstand, ofte med et svingende forløp hvor det ofte er mulig å forutse en risiko for forverring i god tid før den akutte situasjonen oppstår. Hvis øyeblikkelig hjelp plikten er relevant for denne pasientgruppen, synes mange grupper kronikere å kunne behandles ved alvorlig forverring med

hjemmel i § 7, uavhengig av om pasienten ønsker behandlingen og samtykkekompetanse. Dette bør evt. presiseres nærmere, og også tas opp til avklaring i foreliggende lovforslag for bruk av tvang i somatikken.

Begrunnelsen for at tvangsernæring er å anse som behandling av psykisk lidelse ("tilføring av næring (glucose) vil øke glucosemetabolismen i hjernen og dermed bedre hjernens funksjoner") er nokså upresis og bør presiseres nærmere. For det første er "å bedre hjernens funksjoner" lite spesifikt i forhold til behandling av psykisk lidelse. For det andre kan det tenkes en rekke behandlinger av pasienter med psykiske lidelser, for eksempel sepsisbehandling til en schizofrenpasient, som kan tenkes å bedre hjernens funksjoner, uten at det dermed er å betrakte som behandling av sinnslidelsen.

Hvis HOD mener at § 7 i helsepersonelloven kan gi rettslig grunnlag for tvangsernæring ved alvorlig spiseforstyrrelser og samtidig betrakter dette som behandling av alvorlig sinnslidelse, reiser dette et interessant spørsmål om helsepersonelloven § 7 også kan anvendes ved annen behandling av psykiske lidelser.

§ 2-2 (s. 92): Hvis TPH skal etableres for alle uten samtykkekompetanse hvor kravene til TPH er oppfylt uavhengig av motstand (se over), bør dette presiseres i forhold til § 2-2. Samtykke til å være undergitt reglene for TPH i inntil 3 uker gir liten mening for pasienter uten samtykkekompetanse. Hvis departementet mener at "den som eventuelt handler på pasientens vegne" kan samtykke på vegne av pasient uten samtykkekompetanse, bør dette også vurderes i forhold til TPH generelt.

§ 4-4 (s.100): Det bør presiseres om § 4-4 også gjelder for pasienter uten samtykkekompetanse (som ikke yter motstand). Vilårene og ordlyden synes å forutsette at pasienten er samtykkekompetent og/eller yter motstand (se over). Hvis dette er tilfellet bør det presiseres hva som regulerer (tvangs)behandling av pasienter uten samtykkekompetanse som ikke yter motstand.

§ 4-10 (s.102): Denne paragrafen bør presiseres i forhold til pasienter uten samtykkekompetanse. Det bør videre presiseres om pasientens nærmeste gis samme rettigheter som pasienten i forhold til fritt sykehusvalg, og hva som eventuelt skal gjelde dersom uenighet mellom pasient og pårørende.

Merknaden om at mottakende institusjon om mulighet for avslag (som følge av materielle og faglige mangler), synes overflødige siden § 3-1 uansett må gjelde og det må gjøres en vurdering faglig forsvarlighet. At materielle og faglige mangler nevnes spesielt kan bli misbrukt eller mistolket til å begrunne avslag med ressursmangel i forhold til en partikulær pasient, til tross for at institusjonen generelt tilfredsstiller de kravene som gjelder for etablering av TPH. Ressursmangel i forhold til etterspørsel, for eksempel for lange ventelister, er generelt ikke gyldig begrunnelse for avslag/å ikke innfri rettighetene som fritt sykehusvalg/pasientrettighetsloven gir. Det bør således presiseres tydeligere hvilke plikter mottakerinstitusjon har i denne type situasjoner.

§ 4-1 (s. 105): Forslaget til tilføyelse i pasientrettighetsloven er uheldig og uklar, spesielt for pasienter uten samtykkekompetanse.

Formuleringen i høringsnotatet for psykiatrien ser ut til å legge til grunn at "uten eget samtykke" er synonymt med mangel på samtykkekompetanse. "Uten eget samtykke" inkluderer både kompetente pasienter som sier nei, og pasienter som ikke er kompetente.

Formuleringen synes dessuten å stille krav til at mangel på samtykkekompetanse må skyldes alvorlig sinnslidelse. Hva mangelen på samtykkekompetanse skyldes bør ikke være relevant. Et alternativt forslag til ny § 4-1 tredje ledd:

Ved alvorlig sinnslidelse og der pasienten motsetter seg helsehjelp kan undersøkelse og behandling for psykisk lidelse bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr 62 om psykisk helsevern. Ved fravær av samtykkekompetanse og dersom kravene til tvungent psykisk helsevern er oppfylt, skal regelverk for bruk av tvang i lov 2. juli 1999 nr 62 benyttes ved undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uavhengig av om pasienten yter motstand.

Pårørendes rett til informasjon og medvirkning bør presiseres i merknadene, eller evt. i lovteksten, til et nytt § 4-1 tredje ledd.

Departementet synes å legge til grunn at pasienter uten samtykkekompetanse som ikke yter motstand bør kunne behandles etter reglene for representert samtykke i pasientrettighetsloven (jfr s. 28). Dette bør gjøres langt klarere i selve lovteksten med merknader både i dette lovendringsforslaget og i lovendringsforslaget som hovedsakelig berører somatikken.

I høringsnotat som hovedsakelig berører somatikken heter det i nytt lovkapittel for bruk av tvang overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse (§ 4A-2): "Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern." Denne formuleringen er også uklar og bør i lys av høringsnotatet for psykiatrien endres. Et alternativt forslag til formulering:

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, kan likevel bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (jfr. evt. ny § 4-1 tredje ledd).

Også her bør pårørendes rett til informasjon og medvirkning presiseres i merknadene, eller evt. i lovteksten.

Med hilsen

Reidar Pedersen (sign)
Koordinator/forsker SME