

## Rigi Ahmad

**Fra:** Buzzi Anita Cecilie [AnitaCecilie.Buzzi@ulleval.no]  
**Sendt:** 16. september 2005 21:20  
**Til:** Postmottak HOD  
**Kopi:** Ulrik Hegnar (E-post)  
**Emne:** Høringsnotat, psykisk helsevernloven- sept.05



Høring  
verk-sep05-.doc (45)

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 205/2983	Dok.nr.: 39
Arkivkode: 531.2	Journ.dato: 19/9-05
Avd.: HRA	Saksbeh.: LAD
U.off.:	

Vedlagt høringsuttalelse,  
vennlig hilsen klinisk psykologspesialist Anita Cecilie Buzzi  
IKKE SENSITIVT INNHOLD

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Anita Cecilie Buzzi [mailto:acbuzzi@online.no]  
Sendt: 16. september 2005 20:43  
Til: Buzzi Anita Cecilie

- This footnote confirms that this email message has been swept for the presence of computer viruses.

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement

## **Merknader til Høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven**

En finner departementets arbeid med revidering og samordning av lovverket både betimelig, og med mange positive endringer. I særdeleshet vil en bemerke Kapittel 3, § 3-1, vilkår for etablering av tvungent helsevern, hvor så vel forsøk på frivillighet i behandlingsforsøk, som krav til institusjonens faglige og materielle standard, er løftet opp og frem i kriterienes rekkefølge. Således tydeliggjøres så vel de ønskede grunnleggende holdningsendringer i psykisk helsevern overfor pasientene, som pasientens rettigheter til mht. en viss kvalitetsstandard på den institusjon som skal forestå deres behandling under tvungent psykisk helsevern. Samordning med pasientrettighetslov, slik at pasientenes rettigheter tydeliggjøres også når de er under tvungent vern, oppfattes å understøtte arbeidet med nødvendige og grunnleggende holdningsendringer overfor pasientgruppen. Opretholdelse av psykisk helsevernsløy for mennesker under frivillig psykisk helsevern, - ut fra departementets vurdering av at disse også kan ha en labil psykisk tilstand og/eller skjør behandlingsallianse, representerer etter min mening en realistisk vurdering av pasientens situasjon, og sikrer således at pasienten ikke risikerer utskrivning fra institusjon fordi de, - i en kritisk tilstand/fase, - ikke evner å ta ansvar for adekvat samarbeid om nødvendig behandling.

En finner imidlertid grunn til å bemerke følgende til de foreslåtte endringer, dvs. slik det fremgår av det komplette utkastet til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

**§1-4;** Lovtekstens forslag er særdeles upresis, og egnet til forvirring. Ikke alle som leser lovverket, -heller ikke ansatte innen det psykiske helsevern,- setter seg inn i merknader og forarbeider til lovverk, - lovtekst bør derfor være så presis som mulig. 'Spesialist i psykiatri' tilsier ikke entydig at det siktes til legespesialist, og kan brukes som en en tilføyelsestittel til en annen profesjon. Forslag til endring; *lege, spesialist i psykiatri*. Betegnelsen 'klinisk psykolog' har lang tradisjon som betegnelse, som ikke har vært entydig betinget i en gjennomført spesialisering. Forutsetning i eksisterende lovverk m. forarbeider har vært at psykologen er godkjent spesialist. Ved å fjerne presiseringen 'spesialist i klinisk psykologi', senkes kravene i realitet til 'psykolog m. nødvendig kompetanse og 2 års praksis i relevant institusjon'. Det foreslås betegnelsen *klinisk psykologspesialist*, samt at det på annet hold sikres at psykologenes videreutdanning blir en offentlig godkjent spesialistutdanning etter helsepersonellovens § 51. (En har forstått departementets vurdering dithen at de forskjellige videreutdanningsalternativer/ fordypningsområder innunder feltet spesialiteten 'klinisk psykologi', nå ansees sidestillet, og ikke lenger avgrenset til 'fordypning klinisk voksenpsykologi' og de 'kliniske spesialiteter' ut fra en eldre spesialistgodkjenning?).

**§3.2;** Unntaket fra forbud mot overføring fra frivillighet til tvungent psykisk har bakgrunn i de mange negative følger dagens lovverk har hatt for pasienter hvis tilstand har krevet tvungent psykisk helsevern, mens de har vært innlagt under frivillig vern. En kan ikke se at tilsvarende vektning er lagt på den mengde pasienter som, - på tross av ambivalens og usikkerhet, har våget å ta imot behandlingstilbud på frivillig basis bl.a. grunnet eksisterende konverterings-forbud. En vil foreslå at det i lovtekst gis pålegg om at pasienten skal vurderes

av av utenforstående fagperson (lege/psykolog) før vedtak om tvungent psykisk helsevern i en slik situasjon gjøres. 'Utenforstående fagperson' vil kunne bli tilkalt til institusjonen, og således ikke belaste pasientene slik eksisterende lovverk har medført. En har erfaring fra at pasienter som har vært i aktuelle situasjoner under nåværende lovverk, i etterkant har opplevet det positivt/betryggende at deres situasjon/tilstand ved etablering av tvungent vern har vært vurdert av andre fagpersoner enn de som er tilknyttet den institusjonen pasienten har sin opprinnelige frivillig behandling ved,- og hvor vedkommende i de fleste tilfelle fortsatt vil få sin behandling. Dette ville være en langt smidigere ordning, hvor både de negative og de positive sider ved dagens konverteringsforbud ivaretas.

**§ 3-6.** En vil igjen fremholdt at 10 dg. er for kort observasjonstid for en grundig faglig vurdering av pasientens tilstand. Departementet har drøftet innspill mht. pasienters rus-bruk som kan utdeliggjøre pasientens underliggende alvorlige sinnslidelse, forankret i eksisterende, korte observasjonstid på max. 10 dager. En kontrollkommisjons kommentar om svingdørspasienter, gjenkjennes som reell virkelighetsbeskrivelse. En har erfaring fra at unge mennesker med førstegangpsykosier innlegges til tvungen observasjon, - og utskrives innen 10 dg. fordi deres symptomer forstås som rusrelatert, bl.a. fordi personen selv attribuerer symptomatologien til rus, og/eller tildekker og benekter annen symptomatologi fordi 'rus-reaksjoner' oppleves mindre skremmende enn alvorlige psykiske symptomer. Det er m.a.o. ikke et spm. om at institusjonen evt. nedprioriterer å utrede pasient,- men de reelle faglige muligheter for observasjon og/eller etablere tilstrekkelig arbeidsallianse til å utrede en person som ikke ønsker/våger utredning, men heller aktivt bestreber seg på å tildekke symptomatologi.

En lengre observasjonstid vil vanskeliggjøre at denne tildekkingen opprettholdes, og en foreslå en dobling av observasjonstiden til 20 dg. Omkostningene ved å bli innlagt til tvungen observasjon uten at personens underliggende alvorlige problematikk/sinnslidelse fremtrer, med påfølgende forlengelse av tid/svingdørserfaringer før adekvat behandling kommer igang, må vurderes høyere enn belastningen et menneske påføres ved at observasjonstiden vet en etablert tvungen innleggelse for observasjon forlenges. Plasshensyn ved akuttavdelinger vil sannsynlig medføre at observasjonstid fullt ut anvendes kun er de tilfelle hvor det er større grunnlag for tvil omkring pasientens symptombillede og -lidelse.

**§3-7.** (og §6-4). Departementets begrunnelse for at kontrollkommisjonen kan beslutte utsetting av vedtak om opphør av tvungent vern, er forankret i en tvil omkring den faglige ansvarliges 'habilitet', dvs. at vedkommende fatter vedtak om opphør på basis av forhold som er vedtaket uvedkommende. Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern hviler i sin helhet på tillit til den faglige ansvarliges kompetanse, -noe som således undermineres gjennom denne tvil. Den faglig ansvarlige for vedtak vil ofte være utsatt for press for å fravike sin faglige vurdering, - fra pasient, fra pårørende og evt. fra institusjonsleder (plass-hensyn). En må forutsette at departementet har fått signaler om at plass-hensyn medfører et utilbørlig press på faglige ansvarlige,- men bør vurdere heller å nedfelle i lovtekst at pasientens rett til tvungent psykisk helsevern er uavhengig av tilgang til institusjonsplasser.

Når pårørendes rett til å klage ved opphør av vern bortfaller, bør det eks.vis i forskrift nedfelles at deres (og pasientens) synspunkter skal være fremkommet før det fattes vedtak om opphør av tvungent vern.

**§4-6 og 4-7.** Erfaringsmessig kan situasjoner hvor slike vedtak må fattes, skje forholdsvis akutt, dvs. hvor en faglig ansvarlig ikke er tilstedeværende (eks.kveld). Se kommentarer under §4-8. Mulighet for vedtak om urinprøve styrker mulighet for å avdekke og få etablert en

åpenhet om evt. rusmisbruk, - og en tydeliggjøring for pasienter av etablert sammenheng mellom psykisk lidelse/symptomatologi og rusmisbruk.

**§4-8;** En anser det særdeles uheldig at isolasjon fortsatt skal kunne brukes som tvangsmiddel. Å isolere et menneske som befinner seg i en oppløst tilstand, preget av aggressivitet, angst og mangel på egenkontroll, vurderes å være lite humant. At aggresjon kan dempes av isolasjon er utvilsomt, men personen forblir alene i sin svære angst-tilstand (som kan være det underliggende for aggresjonen). Isolasjon er et økonomisk gunstig tiltak for en institusjon. Bruk av mekaniske tvangsmidler krever derimot tilstedeværelse av personell som er kompetente til å gjennomføre/iverksette disse tvangsmidlene. En vil foreslå at mulighet for isolasjon taes ut av lovverket,- idet pasientens mulighet til å velge å være alene i en situasjon m. anvendelse av mekaniske tvangsmidler er ivaretatt gjennom lovtekst.

Fastholding bør ikke være mulig som tiltak for voksne mennesker, da risikoen for at dette oppfattes som grenseoverskridende/fysisk invaderende, er særdeles stor. En kan ikke anvende samme perspektiv på kroppskontakt v. fastholding for barn/ungdom.

Erfaringsmessig kan det være behov for retningslinjer for iverksetting av tiltak etter §4-6, §4-7 og §4-8, når vedtak av faglig ansvarlig ikke kan gjøres umiddelbart (eks. behov oppstår på kveldstid). Dette anbefales å nedfelles i forskrift.

Anita Cecilie Buzzi

Klinisk psykologspesialist, ansatt v. UUS, Lien, Avd. for unge voksne m. førsteganspsykoser