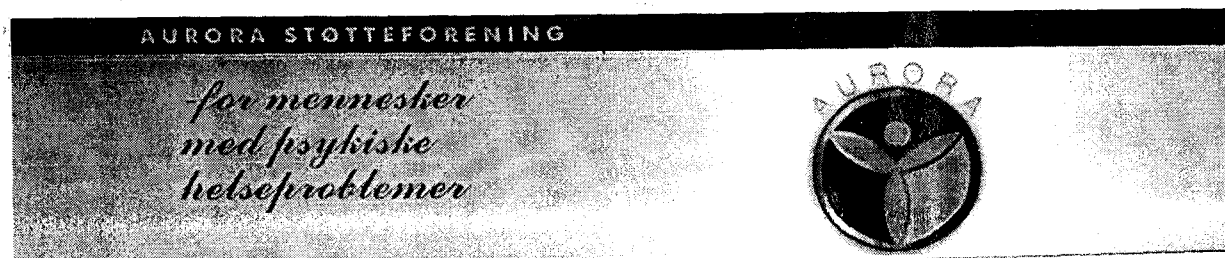


Aurora Støtteforening
Postboks 8815 Youngstorget
0028 Oslo



Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
Helserettsavdelingen
PB 8011 Dep
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 2983 200503872	Dok.nr.: 42
Arkivkode: 531.2	Journ.dato: 19.09.05
Avd.: HRA	Saksbeh.: LAD
U.off.:	

Deres ref.: 200403872-/LAD

Vår ref.: SLT/LSME/JMS/2005

16. september 2005

Høringssak. Endringer i psykisk helsevernlov og pasientrettighetsloven

Vi viser til brev 13.06.05 med Høringsnotat om endringer i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven. Aurora Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer er ført opp blant høringsinstansene, men med en liten feilskrivning. Vennligst rett opp navnet på foreningen på listen over høringsinstanser.

Denne høringssaken gjelder en lovtekst, og ingen hos oss er jurister. Vi har derfor vanskelig for å tolke og forstå hva de fremlagte forslagene innebærer, og rekkevidden av dem. Vi har jobbet med å få kontakt med en advokat som kan bistå oss med juridiske vurderinger av forslagene. Siden sommerferien er kommet i mellom, har vi først nå fått kontakt med en advokat som er opptatt av denne type helsesaker, advokat Steinar Winther Christensen, og som har vært villig til å diskutere høringssaken med oss. På grunn av sin timeplan, blant annet en del reisevirksomhet, vil han ikke ha tid til å gå igjennom lovforslaget med oss før i begynnelsen av oktober. Han har derfor bedt oss om å be departementet om å få vel tre ukers forlenget uttalerett, til 11. oktober. Vi håper derfor at vi kan få anledning til å supplere og utdype merknadene i dette brevet på bakgrunn av en juridisk veiledning om hva endringsforslagene innebærer.

Innledning.

Om behovet for en egen særlov for psykisk helsetjeneste, blant annet i forbindelse med tvangsmiddelbruk

Aurora er i mot at det er en egen særlov, og mener primært at nødvendige tvangsbestemmelser bør innarbeides i en tvangslov, og at andre deler av særloven bør innarbeides i andre helselover, blant annet spesialisthelseloven. Vi viser til Berntutvalgets spørsmål, gjengitt i høringsnotatet, og til innstilling NOU 1992:32, Bedre struktur i lovverket. Her ble det anbefalt at de eksisterende helselovene skulle innarbeides i en ny lov om helsetjenester. NOU'en ble lagt fram av daværende Kommunal- og administrasjonsdepartementet, slik at helsemyndighetene var høringsinstanser. Anbefalingene i NOUen om en forenkling av helselovene fikk den gang primær tilslutning fra alle instanser unntatt daværende Helserådet og Sosial- og helsedepartementet. Vi mener anbefalingen i NOU 1992. 32 bør vurderes på nytt med tanke på å innarbeide lov om psykisk helsetjeneste i

spesialisthelsetjenesteloven mm og andre lover, på bakgrunn av Berntutvalgets problemstilling.

Vi hilser derfor drøftingen under punkt 7.5 og 7.6 i høringsnotatet velkommen, og vi setter stor pris på at det uttrykkes at "Det vises særlig til ønske om innspill fra høringsinstansene i forhold til videre oppfølging av regelverket, se punkt 7.6." Vi vil helhjertet slutte opp om formuleringen gjengitt under. Vi har lagt denne til grunn for deler av vår uttalelse som gjelder lovhjemler for tvangsbruk, og som vi mener bør inngå i en felles lov som gjelder tvang under alle helse og sosialområder, og ikke i egen lov som bare regulerer tvang i tilknytning til psykisk helsetjeneste og psykisk helse"vern" (hva nå det egentlig er?).

(sitat:)

7.6 Videre oppfølging – opprettelse av utvalg?

Drøftingene ovenfor viser at det er enkelte spørsmål knyttet til regelverk om tvang innen helse- og sosialområdet som bør gjøres til grunnlag for en mer overordnet og prinsipiell debatt før det eventuelt foretas lovendringer. Blant disse er spørsmålet om virkeområdet for regler om skadeavvergende og skadeforebyggende tiltak som er drøftet i punkt 7.5.

Det har også fra ulike hold vært etterlyst en mer overordnet tilnærming til hele regelverket om tvang innen sosial- og helsetjenestene. *Berntutvalget* uttaler i NOU 2004:18 at: Utvalget vil også påpeke at kan det være spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov.

Berntutvalgets spørsmål:

om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov, har vært Auroras syn helt siden foreningen ble etablert i 1994. Vi slutter oss helhjertet til, dersom spørsmålet over blir besvart med et JA!

I forbindelse med høringsrunden i 1997 om forrige lovrevisjon uttalte vi følgende:

Innledningsvis vil vi minne om at myndighetene ved Regjering og Storting har erkjent at det er svikt i alle ledd innen psykiatrien, og altså et for dårlig rettsvern og manglende rettigheter for psykiatriske klienter, i forbindelse med framlegging og behandling av «Psykiatrimeldingen», Stortingsmelding nr 25 (1996-97). Likevel legges det nå fram et forslag til lovrevisjon som innebærer en ytterligere svekkelse av psykiatriske klienters rettigheter og rettsvern..

Det er nærliggende å gjenta dette i denne høringsrunden. Utviklingen i retning av bedre rettsvern og bedre rettigheter for brukere av psykiske helsetjenester er ikke tilfredsstillende, etter Auroras syn. Vi mener at den foreslåtte lovrevisjonen innebærer en utvikling den gale vegen, i retning av et enda større sprik mellom intensjoner og målsetting i lovens formålsparagraf og for enda flere hjemler for tvangsbruk ved både innleggelser og behandling. Dette er i strid med intensjoner og prinsipper i både st. meld nr 25 (1996-97), Åpenhet og helhet, og i st prp nr 63 om Opptrappingsplanen, sitat:

- Behandlingen skal skje gjennom økt brukermedvirkning, ta utgangspunkt i den enkeltes behov og bygge på et helhetlig menneskesyn og på respekt for den enkelte.
- Det skal satses på mest mulig frivillighet.
- Det skal satses på aktiv rehabilitering, deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, velferd og økt livskvalitet.
- Det skal innføres allsidige behandlingstilbud for psykiske lidelser, og tilbudene skal styrkes.

Slik Aurora ser det, er det helt umulig å nå disse målene fra stortingsmeldingen og prp'en om Opptrappingsplanen om økt brukermedvirkning, forsvarlige og allsidige tilbud om en helhetlig behandling og rehabilitering for psykisk sykdom og skade med "rause" lovhjemler for tvangsbruk både på og utenfor sykehus, som i det framlagte lovrevisjonsforslaget, i tillegg

til foreslåtte videreførte bestemmelser i loven. I stedet for å gi økte hjemler for bruk av tvang, må tvang i tilknytning til en helsebehandling for sykdom og skade reduseres mest mulig, etter vårt syn, for å unngå rettighets- og integritetskrenkelser og hindre tilfriskning. Sjenerøse hjemler for tvangsmiddelbruk i psykiatrien, som foreslås videreført fra gjeldende lov om psykisk helsevern i tillegg til foreslåtte tillegg i utkastet til lovrevisjon, er også stikk i strid med Europarådets anbefalinger i rekommendasjon (2004) 10 fra 22. september 2004 om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, som omtales under.

Bestemmelsene i gjeldende lov om ”gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold” i tillegg til foreslåtte endringer innebærer etter vårt syn en stille ”spareform”, i og med at loven inneholder hjemler for at pasienter skal tvangsmediseres uten å være pasienter på et sykehus. Men etter vår mening skjer dette på bekostning av forsvarlighet og rettssikkerhet for den enkelte. Til tross for at Ot. prp nr 11 av 1999 oppgav at lovforslaget ikke hadde økonomiske konsekvenser, vil vi hevde at både gjeldende bestemmelser i loven og i den foreslåtte i lovrevisjonen har økonomiske konsekvenser i form av en innsparing. Det sier seg jo selv at når det gis lov hjemler for at mennesker skal motta psykiske helsetjenestetilbud, riktignok ved tvang, uten å måtte oppta sengeplasser på et sykehus, fører dette til *store økonomiske innsparinger*. Gjeldende og foreslåtte hjemler for bruk av tvang i lov om psykisk helsevern er også i strid med Europarådets anbefaling i rek. (2004) 10: “the government of member states should review their allocation of resources to mental health services so that the provisions of these guidelines can be met.”

Man har nå anledning til å vurdere allocation of resources/ økonomiske konsekvenser i tilknytning til Opptappingsplanen, som gjaldt fra 1999 og bare ett år før virketid for lov om psykisk helsevern (01.01.01.) I tabeller for oppsummering av tiltakene i opptappingsplanen med måltall og kostnader, er det vist tabell for økte årlige driftsutgifter i 2006 sammenliknet med 1998 (tabell 4.5), og det gis en omtale av Døgnbehandling - kapasitet og investeringer 4.4.2 etc. Dersom det viser seg at kapasiteten avviker fra beregninger som ble lagt til grunn, er det nærliggende å stille spørsmål om dette kan ha noen sammenheng med hjemmelen for ”tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?” Pasientrettighetsloven inneholder også en ”sparebestemmelse”, i forhold til menneskerettighetene om at alle har rett til offentlig tjeneste:

(Pasientrettighetsloven)

§ 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

(uthevet med rødt her)

Sammenholdt med 2005-tall og tall fra Opptappingsplanen, jfr. sitat under fra av kap. 4.4.2.Døgnbehandling - kapasitet og investeringer gjengitt under, får vi et grunnlag for å vurdere i hvilken grad Norge har gitt tilstrekkelige økonomiske rammer for gjennomføring av f eks Opptappingsplanen i hht vedtak i Stortinget, eller om hjemmelen for behandling ”uten døgnopphold” har fungert som en sparekniv, i tillegg til som en rettssikkerhetskrenkelse og et kriterium på uforsvarlige tilbud om psykisk helsetjeneste.

(sitat fra Opptappingsplanen:)

Norsk Psykiatrisk Forening (NPF) har i sin Generalplan for psykiatri 1995-2004 lagt til grunn en sykehusdekning på 0,8 plasser pr. 1000 innbyggere svarende til 3440 plasser, som er 500 plasser mer enn idag. Videre har NPF regnet med en døgnplassdekning i DPS på 0,5-1,0 pr. 1000 innbyggere svarende til 2150- 4300 døgnplasser. Dekningsgrad for dagplasser er ikke angitt. I sum vil generalplanens normtall bety 5990-7440 døgnplasser. I 1996 var det 6280 døgnplasser i fylkeskommunale psykiatriske institusjoner for voksne.

Når det gjelder plasser i psykiatriske sykehus (psykiatriske sykehusavdelinger), sliter en del fylkeskommuner med gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse. Departementet vil med utgangspunkt i SINTEF-NIS-rapporten anslå et behov for landet under ett for nybygging av 137 døgnplasser og ombygging av 114 døgnplasser, ialt 251 plasser. Disse kommer til erstatning for eksisterende plasser. I tillegg kommer 160 nye plasser i løpet av planperioden til personer som dømmes til psykisk helsevern. Dette er nærmere omhandlet i avsnitt 4.4.4.

For DPS'ene har departementet med utgangspunkt i SINTEF-NIS-rapporten lagt til grunn et behov for 2065 døgnplasser ved utløpet av planperioden.

(jfr. St. prp nr 63, kap 4.9 Oppsummering av tiltak og økonomiske konsekvenser etc.)

Lovhjemmelen for "gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold" foreslås videreført i utkastet til lovrevisjon. Etter vår mening bør denne bestemmelsen fjernes fra denne loven og event. andre lover, for etter vårt syn er dette en lovhjemmel for hva vi kaller en useriøs og uforsvarlig metode, som ikke kan kalles behandling, men for et slags inngrep, og som krenker den enkeltes rettigheter, i tillegg til at han eller hun etter vår mening, (jfr. § 3-1, 4a i loven) "får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret,....."

Vi mener at selve begrunnelse for å anvende tvang, nemlig det såkalte behandlingskriteriet, er det som er mest skadelidende ved bruk av tvang. Vi mener at pasienter som utsettes for tvangs"behandling", i stedet for å bli bedre, får ødelagt sin mulighet for å bearbeide følelser og hendelser som ligger til grunn for sammenbruddet eller psykosen, og for å opparbeide seg nytt håp og nye krefter til å ta fatt på livene sitt igjen. Etter vårt syn kan tvang derfor bare forsvares i helt spesielle og livstruende situasjoner, og vi er helt i mot både gjeldende bestemmelser om "tvungent helsevern uten døgnopphold", som foreslås videreført, og foreslåtte utvidelser av hjemler for tvang som endringsforslaget om overføring fra frivillig innleggelse til tvangsinnleggelse.

Vi mener også at siden loven åpner for en ganske stor grad av skjønnsmessige vurderinger, vil det være utenforliggende forhold, som personlige egenskaper hos behandlende helseperson (vi kommer også med forslag som peker i retning av videreutdanning lenger ut), og andre vilkårligheter som vil være avgjørende for om rettssikkerheten og en forsvarlig behandling er ivarettatt. Dette mener vi ikke er godt nok, og at loven bare til en viss grad kan sies å garantere rettssikkerheten til de berørte.

Om forholdet til gjeldende lov om psykisk helsevern av 1999.

Generelle merknader:

Umiddelbart, slik vi forstår forslagene til lovendringer i forhold til gjeldende lov, innebærer disse enda mer utvidede fullmakter for bruk av tvang innenfor psykisk helsetjeneste på og

utenfor sykehus, og at de vurdert under ett innbærer mindre rettssikkerhet for pasientene i stedet for større rettssikkerhet.

Innledningsvis vil vi bemerke at Aurora synes det er overraskende at helsemyndighetene legger fram en ny lovrevisjon nå, bare vel fire år etter at gjeldende lov trådte i kraft, 01.01.01. Vi viser til debatten i forbindelse med forrige lovrevisjon av om hvorvidt den nye loven ville åpne for mer bruk av tvang eller ikke. Intensjonen var større rettssikkerhet, og altså mindre tvang, men hva har vært praksis? Dette mener vi burde ha vært evaluert før forslag til ny lovrevisjon legges fram, som i tillegg kan åpne for ytterligere bruk av tvang. Vi mener at lovverket skal sikre den enkeltes rett til helhetlige og forsvarlige tilbud om behandling og rehabilitering også innen den psykiske helsetjenesten. Dette mener vi ikke er tilstrekkelig sikret verken i gjeldende lov eller i foreliggende lovrevisjonsforslag.

Om begreper

Begreper i utkastet til revisjon av loven, som i gjeldende lov, er diffuse og mangler definisjon og avgrensing: *Alvorlig sinnslidelse* mangler fortsatt en avgrensende definisjon. Begrepet er diffust, og det eksisterer i tillegg en faglig uenighet om hvordan begrepet skal forstås. Videre handler utkastet til revisjon av loven, som i gjeldende lov, om *behandling* uten å beskrive eller forklare hva dette omfatter. Pasientrettighetsloven og også lov om psykisk helsevern ved å vise til denne, introduserer begrepet *samtykkekompetanse*, uten at det blir definert hva som ligger i dette begrepet, så langt vi kan se.

Lovteksten bruker begrepene "etablering" og "gjennomføring" av "psykisk helsevern". Det er imidlertid snakk om helsetjenester, om mennesker som får behandling for sykdom eller skade, og det er snakk om helsevesenets virksomhet. Det er ikke lett for publikum å forstå. Vi hadde langt foretrukket en begrepsbruk der det går fram at det er helsesektoren og mennesker dette gjelder for.

Likeledes er *Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold*, kap 5.4.3, uforståelig for publikum flest. På godt norsk betyr dette psykisk helsetjeneste i form av tvangsbehandling med medisiner uten at vedkommende ligger på sykehus, og uten noen annen form for helsetjeneste, tilsyn, omsorg, oppfølging eller behandling i de aller fleste tilfellene.

I NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste.

Om tilbud og tiltak innenfor den psykiske helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten (staten) og i kommunene brukes begrepet *psykisk helsetjeneste*. Dette er en formulering og et begrep som er i tråd med Aurora- Støtteforening sitt syn, fordi begrepet viser til hva helseområdet gjelder, nemlig psykisk helsetjeneste. Behandlingstilbud og rehabiliteringstilbud, i den grad dette eksisterer, som gjelder psykisk helsetjeneste, reguleres inntil videre av lov om psykisk helsevern, som kanskje – hva vi håper – blir trukket tilbake, jfr. høringsnotatet punkt 7.6, i tillegg til av andre lover, som lov om spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven etc. Dette mener vi i tilfelle er en veldig god utvikling!

Om forsvarlig behandling og større rettssikkerhet

Slik vi vurderer det, har det verken blitt mer forsvarlig behandling eller større rettssikkerhet for mennesker som mottar behandling i form av psykisk helsetjeneste i og utenfor sykehus, etter at ny lov om psykisk helsevern, som regulerer psykisk helsetjeneste i og utenfor sykehus, trådte i kraft. Det er unødvendig å peke på dramatiske hendelser det siste året, som viser dette. I tillegg er det avdekket at det er dobbelt så mange selvmord blant mennesker som er under psykiatrisk behandling ved sykehusavdelingene enn tidligere oppgitt,

i alt så mange som opp til 80 mennesker årlig, som utgjør ca 15% av samtlige selvmord i Norge!

Et siktemål med forrige lovrevisjon var at

”De nye reglene muliggjør fleksible løsninger med hensyn til gjennomføringen av tvunget psykisk helsevern.”

Vi viser til at formålsparagrafen, § 1, er beholdt i forslaget til lovrevisjon slik den er i gjeldende lov:

”å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.”

Vi mener at disse to målsettingene, den ene tatt inn i selve loven, er uforenlige.

Ad Forholdet til menneskerettighetene, kap. 6 i høringsnotatet

Vi mener at forslaget om lovendring er blitt lagt fram for kort tid etter at Europarådets rekommandasjon (2004) 10 fra 22. september 2004 om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, til at alle relevante punkter i rekommandasjonen har kunnet bli tilfredsstillende innarbeidet. Selv om det er en rekke anbefalinger i Rec (2004) 10 som ikke er fulgt opp, vil vi belyse dette bare med ett konkret eksempel: Rekommandasjon inneholder et eget punkt om informasjon: 22 – Rights to information. I lov om psykisk helsevern er informasjon knapt nok nevnt.

Rec (2004) 10

Vi viser til at Europarådet anbefaler regjeringene i sine medlemsland ”to introduce into their legislation the rules it sets out, and ensure that they are implemented as quickly as possible.”

Vi viser i den forbindelse til forordet i rekommandasjonen:

Conscious of the responsibility of mental health professionals to guarantee, as far as they are able, the implementation of the principles enshrined in these guidelines;

Recommends that the governments of member states should adapt their laws and practice to the guidelines contained in the recommendation;

Recommends that the government of member states should review their allocation of resources to mental health services so that the provisions of these guidelines can be met.

Vi viser videre til at den utstrakte bruk av tvang som praktiseres i Norge, og som sannsynligvis er den mest omfattende i tilknytning til behandling for psykisk sykdom i hele verden, ikke er i samsvar med anbefalingene i Europarådets rekommandasjon (2004) 10 fra 22. september 2004. Vi mener at det ikke er noen endringsforlag i foreliggende forslag til lovrevisjon som tyder på at anbefalingene fra Europarådet er fulgt opp gjennom et mer restriktivt lovverk mht tvangsmiddelbruk ved sykehusinnleggelse og/eller behandling innenfor den psykiske helsetjenesten. Jfr. Statusrapporten *Opptappingsplanen for psykisk helse - status 2003*, som beskriver situasjonen slik:

”Siden Opptappingsplanen ble iverksatt, ser man ingen vesentlig endring i det totale omfanget av tvangsmiddelbruk. Andelen henvisninger til tvang utgjorde om lag 45 pst av innleggelsene i 2001” (4.3.2).” ”Helt fram til i dag har det vært et stort problem at mange behandlingsmetoder innen psykisk helsevern har hatt et faglig fundament som har vært svakt dokumentert empirisk (10.3 Vurdering).”

Denne påpekningen i statusrapporten for 2003 mener vi er en dokumentasjon på sviktende rettsvern for personer som er under den psykiske helsetjenesten, både med tanke på omfanget av tvangsmiddelbruk og når det gjelder innholdet i selve behandlingen. Vi mener at

statusrapport 2003 viser at formålet med foreliggende lov, jfr. §1, ikke er oppfylt, og at det derfor er svært beklagelig at det framlagte lovrevisjonsforslaget åpner for ytterligere tvangsbruk.

Europarådets rekommandasjon (2004) 10 fra 22. september 2004 ble lagt fram under Norges formannskapsperiode fra april-november 2004. Rekommandasjonen, som skal styrke ivaretagelsen av verdighet og menneskerettigheter for personer med psykiske lidelser, spesielt de som er underlagt tilbakeholdelse eller behandling ved bruk av tvang, er en videreføring av rekommandasjonen 1235 (1994) on psychiatry and human rights.

NB! Men denne blir det verken vist til i dette høringsnotatet eller i Ot prp nr 11 (1997-98)!

Generelle merknader.

Svakt begrunnet lovrevisjonsforslag

Primært mener vi at det først burde ha vært foretatt en evaluering av om lov 1999 om psykisk helsevern har virket etter hensikten og i overensstemmelse med formålsparagrafen, før en går i gang med å fremme forslag om revisjon av loven. I stedet for konklusjonene i en evalueringsrapport blir det som begrunnelse i foreliggende høringssak anført at "Bakgrunnen for lovforslagene er både enkeltsaker som har avdekket uheldige konsekvenser av regelverket, tilsynsrapporter og innspill fra bruker- og profesjonsorganisasjoner." Vi er ikke blant disse brukerorganisasjonene, dersom det er flere enn en, og vi mener at det er uheldig at det ikke er oppgitt 1) hva slags uheldige konsekvenser dette dreier seg om, 2) hvilke organisasjoner som har kommet med innspill og 3) hva tilsynsrapportene har avdekket, som er ment å bli utbedret ved det framlagte endringsforslaget. Vi mener derfor at dette er gitt en uhyre spinkel begrunnelse for foreslåtte og videreførte bestemmelser i lov om psykisk helsevern overfor publikum. Vi vil kritisere at høringsnotatet ikke inneholder noen konkret begrunnelse for hvorfor man vil foreta en lovendring allerede bare vel 4 år etter at gjeldende lov er blitt satt i kraft, og som er slik at publikum selv kan vurdere forslagene i forhold til hva som blir presentert som bakgrunnen for foreslått videreførte og foreslåtte nye lovbestemmelser.

Er målsettingen fra forrige lovendring i 1999 blitt oppfylt?

Siden de fleste bestemmelsene i lov av 1999 er foreslått opprettholdt i dette lovrevisjonsforslaget, vil vi dvele litt ved om vi mener det er sannsynlig at målsettingen fra forrige lovendring i 1999 er blitt oppfylt. Forrige lovrevisjon ble begrunnet slik: "De nye lovene er et ledd i regjeringens arbeid for å fremme en helse- og velferdspolitikkk bygd på respekten for menneskeverdet, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester og en styrket rettsstilling for den som trenger disse tjenestene." Etter vår mening er det lite som tyder på at målsettingen om forsvarlighet, er blitt oppfylt. Vi vil belegge dette med konkrete hendelser med tragisk utfall som er vist til over, og som reflekterer at det dessverre er svært mange eksempler på *manglende* rettssikkerhet og forsvarlighet i kjølvannet av Ot prp nr 11 (1998-1999) og loven av 1999.

Den helt nye typen tvangsbehandling med hjemmel i loven av 1999 innebærer helt nye og "fleksible løsninger med hensyn til gjennomføringen av tvunget psykisk helsevern". Dette er det samme som tvangsmedisinering av en pasient utenfor sykehus. Tidligere var ikke dette lov i Norge, med unntak av tvang gjennomført som "tvungent ettervern" etter at en pasient var utskrevet fra sykehuset. Dette betyr at det er blitt lov for helsevesenet å gjennomføre psykisk helsetjeneste i form av en ensidig tvangsmedisinering av mennesker som bor uten døgntilsyn, daglig behandling og omsorg og/eller oppfølging av helsepersonell, og som også er en behandling som er i mot den enkeltes egen vilje. Det er helt uforståelig for oss hvordan myndighetene mener at dette kan være i overensstemmelse med den enkeltes rettsvern,

menneskerettigheter og samtidig kalles en "forvarlig" behandling. Etter vårt syn er det det motsatte som er tilfelle: gjeldende lovhjemmel og utstrakte praksis for "tvungen psykisk helsevern uten døgnoophold" er i strid med den enkeltes rettsvern, med menneskerettighetene og kan *ikke* kalles en "forvarlig" behandling og heller ikke en behandling der den enkeltes medvirkning er ivaretatt, som målet er i Opptrappingsplanen.

Etter Auroras syn er det umulig å gjennomføre en forsvarlig helsehjelp som samtidig ivaretar rettsikkerheten til den enkelte i form av psykisk helsetjeneste som utelukkende er en tvangsmedisinering av mennesker som lever uten døgntilsyn, daglig behandling og omsorg og/eller oppfølging av helsepersonell eller tilsvarende kvalifisert personell. Etter vår mening er dette ingen reell behandling eller helsehjelp, men nærmere et slags overgrep, og kan ikke på noen måte forsvares å være "i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper". Vår vurdering er at en forsvarlig psykisk helsetjeneste i forbindelse med tvangsvedtak umulig kan skje der pasienten lever uten døgntilsyn, daglig behandling og omsorg og oppfølging av helsepersonell eller tilsvarende kvalifisert personell. Psykisk helsehjelp i forbindelse med tvangsvedtak mener vi må bare skje i tilknytning til reglemessig tilsyn, omsorg og oppfølging, og at dette må skje på en sykehusavdeling der en pasient har mulighet til å ha reglemessig samvær og kontakt med helsepersonell eller tilsvarende kvalifisert personell, som personell som praktiserer alternative behandlingstilnærminger (se også lenger ut).

Hjemmel for bruk av tvang i lovrevisjonsutkastet i forhold til gjeldende lov

For at psykisk helsetjeneste skal kunne gjennomføres på en forsvarlig måte og være i tråd med formålsparagrafen i loven mener Aurora at det er helt avgjørende at tvangsmiddelbruken i den psykiske helsetjenesten, både i forbindelse med innleggelse på sykehus og med selve behandlingen, både på og utenfor sykehuset, reduseres drastisk.

Ad tilleggsbestemmelsen under § 1, som beskriver virkeområdet som "behandling under ansvar av institusjon i det psykiske helsevernet".

Vår merknad:

- Vi vil for det første protestere på bruk av ordet "behandling", for etter vårt syn kan en tvangsmedisinering av mennesker som lever utenfor et sykehus og som er uten regelmessig tilsyn, behandling og omsorg og oppfølging, ikke kalles behandling. Tvert i mot mener vi at dette likner mer på (ikke-intendert) mishandling enn behandling.
- Vi etterlyser også en nærmere konkretisering, helst med eksempler, av hva "under ansvar" innebærer når det gjelder kvalitet, innhold, rammer for behandlingen etc. Hvem, hvilken virksomhet, er delegert å forestå behandlingen for en psykisk sykdom eller skade utenfor sykehuset, i tilknytning til det som oppgis som "gjennomføring av tvungen psykisk helsevern". For det kan vel umulig være ment slik at det er dette som skal kalles en psykisk helsetjeneste?

Hvilke forutsetninger må være oppfylt for at behandling, eller "gjennomføring", kan skje uten "døgnoophold"? Hvem har ansvar for tilsyn og kontroll, og hvordan ivaretas dette?

Vi viste også i vår høringsuttalelse til NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt, til redegjørelsen til helseminister Gabrielsen i Stortinget 11. april 2005 om systemfeil og andre kritikkverdige forhold innen den psykiske helsetjenesten i stat og kommune, 8 år etter Stortingsmeldingen om *Åpenhet og helhet*. Hans forslag til botemidler gjaldt ikke innstramminger i tvangshjemler i lovverket, noe foreliggende lovrevisjonsforslag viser. Etter vår mening er lovverket den beste måten å stramme inn uforsvarlig og uheldig helsetjeneste, der det er påvist svikt og forsømmelser. Gjeldende lov og forskrifter er ikke tilstrekkelig vern om rettigheter og

rettsvern og heller ingen god nok garanti for en forsvarlig behandling. Når øverste ansvarlige for helsesektoren innrømmer overfor Stortinget at forholdene er kritikkverdige, hadde en ventet sterkere botemidler enn omstilling og bedre ledelse, som kun var de foreslåtte virkemidlene, (bl.a. et mer variert etterutdanningsstilbud basert på forskning og erfaring/empiri, som går i en "litt" annen retning enn det rådende biologiske behandlingsparadigmet som i dag råder i psykiatrien, som kan gi håp, der det i dag blir ansett som kronisk sjukt, jfr. avsnittet "Rapport fra innsiden, som også knyttes til akademisk referert forskning, se lenger ut). Etter vårt syn kunne redegjørelsen i Stortinget ha munnet ut i spørsmålet: Har vi godt nok lov- og regelverk? Vårt svar er NEI! Slik vi ser det, innebærer lovrevisjonsforslaget tvert i mot mer av det samme. Dette synes vi er kritikkverdig.

Ad de mest ytterliggående tilleggene/endringsforslagene i forslaget til lovrevisjon:

- A. endringsforslag når det gjelder tutorordningen
- B. endringsforslag når det gjelder forbudet mot overføring fra frivillig til tvungen psykisk helsevern (punkt 7.9).
- C. endringsforslag når det gjelder forbudet mot tvangsmidler mot barn

Foreløpig merknader:

På bakgrunn av prinsipper i formålsparagrafen mener vi at alle disse tre forslagene er uforenlige med forsvarlighet og rettssikkerhetshensyn. Vi mener videre at alle tre endringsforslagene kan innebære utvidete hjemler for bruk av tvang og at alle tre forslagene blant annet derfor bryter internasjonale menneskerettslige forpliktelser. For øvrig viser vi til de generelle drøftingene og prinsipielle betraktningene som vi har hatt i tilknytning til det framlagte forslaget om lovendringer og tillegg og til foreslåtte videreførte bestemmelser i lovrevisjonsutkastet.

Foreløpig oppsummering.

Ad 1-1a.

Vi hadde ønsket en klarere presisering og avgrensning av virkeområdet, altså området som loven gjelder for. I stedet er virkeområdet beskrevet i form av ansvarsområde. Dette gjør oss ikke særlig klokere. Gjelder loven f.eks. også for psykisk helsetjeneste der denne er en del av kommunehelsetjenesten, slik det framgår av NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste. Om tilbud og tiltak innenfor den psykiske helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten (staten) og i kommunene? Hva er avgrensingene mellom kommunehelsetjenesteloven og den psykiske helsevernloven, og mellom lov om spesialisthelsetjenesten m.m. og lov om psykisk helsevern? Hvor er dette presisert? Dette er av betydning for vår vurdering av endringsforslagene, og bestemmelser som ikke foreslås endret, men videreført.

Vi har tolket høringsaken slik at det også har vært anledning til å kommentere foreslåtte videreførte bestemmelser, siden deler av loven som ikke foreslås endret, også drøftes i høringsnotatet.

Selv om vi bare er bedt om å komme med merknader til lovforslaget, ber vi i tillegg om anledning til også å kommentere følgende saker i en ettersendt henvendelse, for at departementet særskilt skal se på dette:

- forhold knyttet til kontrollkommisjonen. Se også brev fra ett av Auroras styremedlemmer med "Rapport fra innsiden" til slutt i denne høringsuttalelsen.
- alternative behandlingstilnærminger

Vi viser også til vårt forslag fremmet i høringsuttalelsen vår til NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt:

Det oppnevnes et offentlig utvalg som får i mandat å utarbeide forslag til nasjonale retningslinjer for, krav til kvaliteten på og gi en nærmere beskrivelse av innholdet i ulike typer helsetilbud og rehabiliteringstiltak for psykiske sykdommer og helseproblemer. Målet må være det samme som er formulert i innstillingen (NOU 2005: 3): Det skal etableres en sammenhengende psykisk helsetjeneste for behandling og rehabilitering for psykiske sykdommer og sammensatte helseproblemer. Et slikt utvalg bør være bredt sammensatt. Alle berørte parter må være representert, både pasienter og pårørende, allmennleger og legespesialister som psykiatere og nevrologer, psykologer, lovgivere (politikere), jurister, pleiepersonale som psykiatriske sykepleiere og vernepleiere og - ikke minst - representanter for profesjoner for alternative behandlingsmetoder og terapier.

(Vi gjør oppmerksom på at slike, i alle fall lignende, diskusjonspaneler ofte har vært sammensatt og "satt i scene" for svært nyttige diskusjoner og møter av Alternativt Nettverk, selv om det synes som om "trad. psykiatrien" selv har glimret med sine fravær. Men endringer har allikevel funnet sted, og vi må tro at NAFKAM (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativmedisin) v/universitetet i Tromsø er kommet i gang bl.a. på grunnlag av Aarbakkeutvalget OG Alternativt Nettverks arbeid, og andres, naturligvis. Det kan synes som om trad. psykiatrien insisterer på "biologibølgen" mens forskning og etterdønning av biologisk forskning har pågått, i håp om å finne svaret på livsgåtene der, mens det i mange viktige fora "utenfor" trad. psykiatrien nå (også) forefinnes (og har forefunnet) svært viktig forskning og empiri om bl.a. "spiritual emergencies and spiritual emergences m.h.t. bla schizofreni og psykosegjennomarbeiding, altså at dette ikke er biologisk fundert. Vi gjør også oppmerksom på at det nå i DSM-IV håndboka (fra og med 1994) for diagnostisering forefinnes avsnitt om åndelige kriser og åndelige/"mystiske"/transcendente/utvidet bevissthet/spirituelle kriser/gjennombrudd av både vanskelige til svært vanskelige, "men allikevel ikke uten håp" temaer og lysere temaer. (avsnittet heter: "Religious and Spiritual Problems" og gir en anerkjennelse av "distressing religious and spiritual experiences as non-pathological problems) (søk gjerne nettet etter navnet "David Lukoff, Ph.d.", og se andre referanser i vedlagte NOU 2005:3). Det skal visstnok også være i bruk deler av, eller egen (?) DSM håndbok i kulturer som for eksempel den samiske, for eksempel fordi denne type kriser vi her snakker om omtales som "heltereisen" innenfor sjamanismen (ordet sjaman betyr "den som vet, på samme vis som ordet yogi betyr det samme, sammen med en rekke andre betegnelser i andre kulturer/tradisjoner som også betyr dette). Dette er opplevelser som for eksempel omfatter svært mye mer enn for eksempel "bare" "et trangere religiøst/spirituelt livssyn enn en retning".

Se først "Rapport fra innsiden", samt at vi deretter igjen viser til vårt forslag fremmet i høringsuttalelsen vår til NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt som omhandler utvidede perspektiver og empiri på hva som er mulig og forslag til etterutdanning av helsepersonell (som allerede foregår her og der, dvs. i etterutdanning av psykisk helsepersonell. Hvor psykiaterne har vært fraværende, mens psykologer o.a. har vært tilstede).

I tråd med bl.a. "Rapport fra innsiden" viser vi også til at Rådet for Psykisk Helse uttaler i et "brukerlærerkurs" i regi av brukere og Aker Sykehus' mestrings og læringsenter at brukererfaring skal sidestilles med fagkompetanse. Dette må da også kunne gjelde for de tyngste lidelsene hvor det finns de (samt mye empiri som kan belyse temaene i større perspektiver) som har arbeidet seg igjennom ved hjelp av livsmot og "alternative metoder" (setter dette i andførselsetegn, idet disse metodene har vært kjent i århundrer, og vel er blitt glemt, når fokus og forskning har vært satt i andre retninger, som er vel og bra, men som ikke bør gå på bekostning av mangfoldet. Disse metodene er igjen kommet i fokus, (om enn ikke i særlig grad i trad. psykiatri) fordi kommunikasjon mellom kulturer har åpnet dører igjen, samt akademisk forskning basert på empiri gjort innefor bl.a. transpersonlig psykologi og om nær-døden opplevelser for eksempel(se artikkel i "The Lancet 12-15-01, av Pim van Lommel, M.D., kardiolog, samt flere referanser i vedlagte NOU 2005: 3)).

Ad kap 3. Etterskrift. "Rapport fra innsiden". Brev fra ett av Auroras styremedlemmer.

Som tidligere bruker og offer for tvang i psykiatrien føler jeg meg kallet til å komme med en uttalelse angående foreslåtte endringer i kapittel 3. Dette når det gjelder tutorordningen når det forbundet med overføring fra frivillig til tvungen psykisk helsevern (punkt 7.9).

Jeg er i dag en frisk, rask og oppegående person til tross for at jeg har gjennomlevd tolv psykoser. Nå kan man diskutere hva som skal defineres som psykoser eller ikke, (om det er psykoser når en pasient er i en kataton eller kaotisk tilstand for eksempel, og i tillegg hører stemmer. Dette er en fagdiskusjon som må finne sted, fordi det er veier ut av disse tilstandene også, det vet jeg av egen og andres erfaringer) (se lenger ut, om forskning og empiri, red. anm.)).

Det brukes ofte som argument i psykiatrien at psykoser/schizofreni er kroniske/uhelbredelige lidelser, og personer som rammes av dette MÅ bruke medisiner. DETTE ER IKKE RIKTIG. Men det fungerer godt som argument for de behandlere i psykiatrien som ikke kan gjøre en ordentlig jobb for pasientene, grunnet teori/mangel på sådann/eller videreutdanning, mangler erfaringen og eller åpenheten for at pasientens sammenbrudd i tillegg kan være et gjennombrudd (begge deler kan arbeides med).

Visste jeg ikke bedre, kunne det virke det på meg som om psykiaterne som er ansvarlige på sykehus, ensidig er opplært av profittbasert forskning fra legemiddelindustrien. I deres utdanning virker det ikke som om det er inkludert alternative metoder som faktisk kan helbrede mennesker med bl.a. psykoser. Psykiaternes medisiner har ikke helbredet et eneste menneske! Disse pillene legger bare et lokk på problemet og fratar pasientene muligheten til å virkelig få bukt med problemet. Rådende biologiske behandlingsmetoder i psykiatrien har ingen holdbar vitenskapelig dokumentasjon som rettferdiggjør metodene. Derimot foreligger det en hel del forskning m.h.t. bivirkninger av ulik art.

Slik jeg ser det ut fra erfaring og samtaler med andre som har fått alternativ hjelp på utsiden, er det "den rådende lære" som er årsaken til at psykiatrien IKKE fungerer.

Psykiaterne kan noen ganger virke som arrogante mot pasientene. Og setter pasientene seg opp mot psykiaternes "lære", blir de fortalt at de har manglende sykdomsinnsikt. Folk som ber om en behandlingsform som beviselig fungerer andre steder, blir ikke hørt, slik at de kan reagere med sinne. Man kaller dem da farlige for seg selv og andre og iverksetter tvangsmedisinering. Kort sagt, det jeg har erfart og sett fra psykiatrien, fortøner seg som det reneste hærverk. Spesielt når jeg vet og har erfart hva som har fungert for meg og mange med meg.

Medisinering og tvangsmedisinering kan fortone seg som å ta fra en håpet om noensinne å bli bedre, dvs. man underbygger og forsterker den usikkerheten/frykten som ligger i situasjonen, når det man faktisk trenger er håpet.

Derfor må ikke disse behandlerne få friere lover til å praktisere tvang. Løsningen er å gi dem etterutdanning, som går på/minner dem på at mennesket er kropp, sinn og sjel. Og at de jobber ut ifra det perspektivet, som det faktisk finnes svært mye av innenfor psykologien og tilstøtende fagfelt, samt at det gis muligheter for tilsig av behandlere som har erfaringen/etterutdanningen/alternative behandlingsmetoder. Samt opprettholder troen og håpet når det synes borte, samt å informere pasienten om det vi vet nå finnes av "nyere" forskning for eksempel om stemmehøring. (Om kontrollkommisjonen).

Videre er dagens lover uholdbare. Om en pasient klager på innleggelsen, kan vedkommende faktisk risikere å bli tvangsmedisinert før deres sak kommer opp i kontrollkommisjonen. Når man blir medisinerert, mister man noe av seg selv, blir sløv, viljesvak og i noen tilfeller snøvlete. Når man kommer til rettsmøtet i denne tilstanden, er man frarøvet sjansen til å tale sin sak på en troverdig måte og får store vanskeligheter med å presentere sin sak slik man i utgangspunktet ønsket. Med et slikt lovverk kan faktisk psykiaterne bruke medisiner i forkant av rettsmøtet til å skade pasientens mulighet til å forsvare seg mot uakseptabel behandling og feilvurdering. Dette kan bare

ikke få lov til å fortsette i et moderne samfunn! Mange innlagte skriker om hjelp, men dessverre doper psykiaterne ned deres skrik slik at sannheten ofte blir holdt tilbake.

Derfor kan ikke lovene endres i en retning hvor psykiaterne får friere rom til å bedrive dette på grunn av sin, i beste fall glemsel, og dermed uvitenhet.

Hjertelig hilsen Jan-Magne Hjemmeside: www.jeg-er.no

Vi vedlegger vårt tilsvare til NOU 2005:3, og viser spesielt til:

sidene 4:

”....vi savner ryddighet i begrepsbruk: Medikamenter er farmakologiske produkter og ingen terapi. På forsknings og utdanningssiden: Vi savner sterkt innpass i psykiatrien og dens utdanningsdialogfora hvor vi kan få kommet til og presentert terapiformer og etterhvert omfattende evidensbasert empiri som vil kunne kaste lys over og gi god næring til håp om tilfriskning, om enn over tid, også de tyngste lidelsene....”, Vennligst les ned hele siden, og til side 5, de 5 første avsnittene. Videre til side 6, hele avsnitt 2 og 3, side 7, hele avsnitt 2, 3, 4, 5, 6, side 8, avsnitt 3 og 4, hele side 9, hele side 10 og 11, (og for øvrig hele NOU'en).

Vi legger også ved liste over det foreløpige faglige nettverket som styret i Aurora har samlet. Terapeuter og erfarere, som, når vi er ferdig med å skrive vårt neste Auora-Nytt (som blir et erfaringsbasert fag-brobyggingsblad til helsevesenet og medlemmer), skal kontakte den nye helseministeren og foreslå et møte med. Med blick på å foreslå etterutdanningskurs (med erfaring OG forskning/statistikk) til det psykiske helsevesen og psykiatrien.

Det er ikke bare Rådet for Psykisk Helse som vil ta i bruk både brukererfaringer og fag. Vi vedlegger også en kopi ”Nybrotsarbeid innen bruk av egenerfaringer” fra høgskolelektor Siri Blesvik ved Høgskolen i Oslo, og minner om at hun står på vår faglige nettverksliste som ”tilsluttet nettverker”. Minner også om at hun er den som inviterte inn undertegnede og Jan-Magne Sørensen til flere foredrag sammen med seg på Høgskolen, SEPREP i Asker, Akuttpsykiatriske avd. Ullevål Universitetssykehus osv. Foredragene gikk på statistikk om positiv og negativ stemmehøring, (2/3 av stemmehørere passer ikke inn i psykiatriske diagnoser, og behøver ikke behandling). Hun hadde samlet fra empiri av professor Marius Romme, Jan-Magne fortalte om sine psykoseerfaringer og bearbeidinger, og undertegnede snakket om transpersonlig psykologi og nær-døden opplevelser/”mystiske” erfaringer (erfarer og empiri/statistikk/forskning). Siri Blesvik er også psykiatrisk sykepleier av utdanning, og er ansvarlig for etterutdanningen av psykisk helsepersonell ved Høgskolen i Oslo.

Tatt i betraktning det nye stortingsvalgets regjeringsskifte, foreslår vi at den videre behandlingen av lovforslaget utsettes til den nye helseministeren er på plass.

Som pasientforening er vi opptatt av at forsvarlighet, rettsikkerhet og rettsvern for pasientene skal være sterkest mulig. Jfr. våre vedtekter, som vi vedlegger. I denne høringsuttalelsen har vi kommet med noen generelle merknader til foreslåtte endringer, og tillegg, og til foreslåtte videreførte bestemmelser, som vil bli utdypet i et ettersendt brev.

Med vennlig hilsen

for styret i

Aurora Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer



Liv S. M. Evensen
styreleder

Kopi: Steinar Winther Christensen, Stortingsgt. 12, 0161 Oslo

Vedlegg: Auroras vedtekter

NOU 2005 :3.

"Nybrottsarbeid innen bruk av egenerfaringer" v" Siri Blesvik, Høgskolen i Oslo

Foreløpig liste over faglig nettverk