



Helse- og omsorgsdepartementet
Helserettsavdelingen
Postboks 8011
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: <i>200502983</i>	Dok.nr.: <i>58</i>
Arkivkode: <i>5315</i>	Journ.datu: <i>210905</i>
Avd.: <i>HRA</i>	Saksbeh.: <i>LAD</i>
U.off.:	

Deres ref.:

Vår ref.: 200504345-3/MLP/008

Dato: 19.09.2005

HØRING - OM ENDRING I LOV OM PSYKISK HELSEVERN OG LOV OM PASIENTRETTIGHETER - SVAR FRA DET MEDISINSKE FAKULTET

Sammendrag

Lovendringene som er foreslått vil ikke endre rettsstillingen for psykiatriske pasienter i noen vesentlig grad. Dette har heller ikke vært intensjonen fra departementets side (Høringsnotatet kap. 1). Begrunnet i at psykisk helsevernloven er av ny dato og etter departementets mening har fungert i tråd med intensjonene, er det ikke foreslått mer omfattende endringer. I høringsnotatet trekkes likevel frem en rekke områder der departementet stiller spørsmål om det er behov for mer vidtgående endringer, og departementet vil blant annet på grunnlag av den aktuelle høringen ta stilling til om det er behov for en mer overordnet revisjon av psykisk helsevernloven og annen tvangslovgivning innen helse- og sosialsektoren.

Det aktuelle endringsforslaget har hatt tre hovedformål:

- Tydeliggjøre pasientrettighetenes stilling i det psykiske helsevernet
- Foreta materielle endringer eller presiseringer av bestemmelser i gjeldende lov som har vist seg problematiske i praktiseringen av loven
- Foreta en forenkling og opprydning for å bedre tilgjengeligheten til regelverket

Etter vår mening har departementet bare lykkes i å realisere den første delmålsettingen. Ved å gjøre pasientrettighetsloven fullt ut gjeldende i det psykiske helsevernet, vil dette både tydeliggjøre og styrke pasientrettighetene for pasienter i psykiatrien. Vi støtter dette forslaget på prinsipielt grunnlag, selv om forslaget kan medføre enkelte problemer av rettsikkerhetsmessig karakter (se senere).

De to siste delmålsettingene er delvis overlappende. Departementet har bare delvis lykkes i å klargjøre begrepene og forenkle regelverket.

På et overordnet plan er det mest betenkelige ved endringsforslaget at de fleste forslagene bidrar til å øke tvangspotensialet og svekke pasientenes rettsikkerhet (se oversikt på slutten av dette høringssvaret). Dette er det samme som skjedde ved innføringen av psykisk helsevernloven i 2001. Ut fra en erklært målsetting om å redusere bruk av tvang i det psykiske helsevernet og ut fra menneskerettighetslovgivningen og prinsipper nedfelt i internasjonale rekommendasjoner er dette etter vårt syn en uheldig og uønsket utvikling.

DET MEDISINSKE FAKULTET

Administrasjonen

Universitetet i Tromsø, No-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, http://uit.no
konsulent May Liss Paulsen, tlf 77 64 46 01, faks 77 64 53 00, e-post maylissp@fagmed.uit.no

I det følgende vil vi utdype og begrunne synspunktene over og også gi mer detaljpregete kommentarer til enkeltforslagene i høringsnotatet.

Kommentarer til enkeltforslag

1. Redigering og definisjoner

Departementet har fortjenestefullt ønsket å forenkle regelverket og gjøre det mer oversiktlig. Det er særlig pekt på at hjemlene for etablering av tvungen psykisk helsevern er kompliserte, og det er foreslått et nytt kapittel 3, som med enkelte unntak er en omredigering av gjeldende bestemmelser. Noe enklere er det blitt, men det kunne lett bli enda bedre. Særlig er det etter vårt syn behov for å tydeliggjøre og endre definisjonen av tvungen psykisk helsevern. Slik dette brukes i regelverket i dag (og fortsatt etter endringsforslaget) betyr tvungen psykisk helsevern utelukkende tidsbestemt tvungen vern, mens personer som innlegges til (tvungen) videre undersøkelse (observasjon) lovteknisk ikke er underlagt tvungen psykisk helsevern. Dette bidrar både til uklarhet samtidig som terminologien er tilslørende. Begrepsmessig hadde det blitt enklere om tvungen psykisk helsevern hadde omfattet alle former for tvangsvern, dvs både videre undersøkelse og tidsbestemt tvungen psykisk helsevern. Både de restriksjonene og former for vern som er mulig å benytte ved videre undersøkelse gjør at dette reelt dreier seg om tvungen vern. Slik loven nå er formulert bidrar det til forvirring. Det kan stilles spørsmålsteget ved om definisjonen av tvungen psykisk helsevern i endringsforslagets § 1-2 er konsistent slik definisjonen av tvungen psykisk helsevern er etter gjeldende rett. Tvungen psykisk helsevern bør altså etter vår oppfatning i ny lovtekst defineres slik at det omfatter både observasjon og tidsbestemt tvang. Lovteksten bør videre ha separate bestemmelser om tidsbestemt tvungen psykisk helsevern og observasjon der det går frem av lovteksten at observasjon bare kan benyttes når det er berettiget tvil om vilkårene etter nåværende § 3-3 (forlagets § 3-1) er til stede.

2. Bortfall av obligatorisk innleggelsesbegjærer

En av de grunnleggende prinsipper og rettssikkerhetsgarantier foreslås opphevet i endringsforslaget. Helst siden Majors lov av 1848 har betydningen av at familie eller offentlig myndighet skulle påta seg et ansvar for personer som hadde behov for hjelp, men selv ikke sørget for å få det, vært fremhevet. Intensjonen var at en person eller instans som kjente vedkommende, og som ville ivareta personens interesse og handle til deres beste, skulle engasjere seg slik at personen fikk nødvendig hjelp. Samtidig lå det en vesentlig rettssikkerhetsgaranti i at selve innleggelsesbegjæringen var en selvstendig forutsetning for etablering av tvungen vern i tillegg til den uavhengige sakkyndige vurderingen. Departementet foreslår nå at det ikke lenger er nødvendig med en innleggelsesbegjærer. Hovedbegrunnelsen er at politiet som i dag står som innleggelsesbegjærer i et stort antall saker som regel har liten eller ingen kjennskap til den det gjelder, slik at det hele blir en proforma sak, uten at rettssikkerheten styrkes eller at interessene til den det gjelder blir ivaretatt på en god måte. Vi har stor forståelse for departementets ønske om å avskaffe ordningen med polititutelet slik det svært ofte praktiseres i dag. Men i stedet for å avskaffe ordningen, burde det i stedet etableres ordninger som ivaretar de reelle funksjonene innleggelsesbegjæringene burde ha. Situasjonen ville antakelig bedres om man gikk tilbake til prioriteringen av innleggelsesbegjærer slik den var i den gamle loven om psykisk helsevern (primært pårørende, sekundært offentlig myndighet) og/eller om man etablerte en døgndekkende beredskapsordning for offentlig lege. Selv om man ikke klarer å fylle innleggelsesbegjærollerollen med et innhold som reelt ivaretar personens interesser, vil uansett den formelle prosedyren ved etablering av tvungen psykisk helsevern være såpass omfattende at det i seg selv vil bidra til å begrense tvangen. Vi anser det riktig at fremgangsmåten er noe tungvint, og vi er ikke kjent med at dagens ordning har medført at

personer som har behov for tvungent psykisk helsevern ikke har fått dette fordi prosedyrene har vært for tungvinte.

3. Begrensninger i forbudet mot konvertering av frivillig innlagte

I en ny § 3-2 foreslås et unntak fra forbudet mot konvertering til tvungent psykisk helsevern for frivillig innlagte pasienter der pasienter ved utskrivning åpenbart kan være til alvorlig fare for seg selv eller andre. Generelt vil vi understreke at konverteringsforbudet har stor verdi når det gjelder å skape tillit til det psykiske helsevern. Norge er så langt vi vet det eneste landet i vest-Europa som har et slikt forbud. I mange av landene som har muligheter for konvertering, har pasientorganisasjonene uttalt seg kritisk mot ordningen, nettopp fordi den fratras pasientene forutsigbarhet og reduserer tilliten til behandlingsapparatet.

Vi har likevel forståelse for lovendringsforslaget. I dag tøyes regelverket gjennom symbolske utskrivninger og mer eller mindre fantasifulle løsninger som gjør at frivillig innlagte pasienten noen ganger blir overført til tvungent psykisk helsevern. Det er etter vårt syn bedre å ha klare regler som gjør det mulig å konvertere i sjeldne unntakstilfelle og på strenge vilkår. I kommentarene er det presisert at det bare er i tilfelle det er hevet over tvil at utskrivning innebærer at pasienten er til alvorlig fare for liv eller alvorlig helseskade. Denne formuleringen burde vært tatt inn i lovtteksten, slik at man unngår en tøyning av det som nå står: "alvorlig fare for seg selv eller andre". Faren for at bestemmelsen kan brukes ut over det som er intensjonen er klart til stede. Vi vil derfor foreslå at kontrollkommissjonen automatisk skal forelegges slike unntaks-konverteringer, slik at det blir mulig å følge praksis, og sikre at slike konverteringer begrunnes på en utfyllende og etterprøvbar måte.

4. Frivillig innlagte og pasientrettighetslovens samtykkeregler

I dag gjelder pasientrettighetslovens samtykkeregler for personer som mangler samtykkekompetanse bare for frivillig innlagte pasienter med psykisk utviklingshemming og pasienter med senil demens. Endringsforslaget foreslår at pasientrettighetslovens samtykkeregler gjøres gjeldende for alle frivillig innlagte pasienter uten samtykkekompetanse. På et overordnet plan bygger endringsforslaget på en ideologi som tilsier at pasienter i psykiatrien i størst mulig grad skal ha samme plikter og rettigheter som andre pasienter i helsevesenet. Vi støtter prinsipielt en slik alminneliggjøring av psykiatrien i forhold til somatikken, men ser likevel betenkelige sider ved det konkrete endringsforslaget.

Det finnes en rekke pasienter som formelt sett er frivillig innlagt, men som lett kansies å mangle samtykkekompetanse. Dette er avhengig av hvilke krav som legges til grunn ved vurderingen av samtykkekompetansen. Etter pasientrettighetslovens §§ 4-1 og 4-2 er kravene til gyldig samtykke relativt strenge og det kreves følgelig tilsvarende høy grad av samtykkekompetanse.

Ser man dette i et perspektiv der kravene til kompetanse til å samtykke til frivillig psykisk helsevern ble redusert ved innføringen av psykisk helsevernloven, kan det lett tenkes at gruppen av pasienter som er frivillig innlagt og som blir bedømt til å mangle samtykkekompetanse er forholdsmessig stor. Samtidig er det de samme fagpersonene som både skal bedømme samtykkekompetanse og som eventuelt skal gi stedfortredende samtykke etter pasientrettighetslovens paragraf 4-6. Det er også uklare om hvilke typer behandling og inngrep som stedfortreder kan samtykke til etter § 4-6 i pasientrettighetsloven (jfr Syse: Pasientrettighetsloven med kommentarer, Gyldendal akademisk 2004, s 264-266 og s. 277-278). Disse forholdene vil i for stor grad svekke pasientenes rettssikkerhet og autonomi, samtidig som forslaget tillegger behandlingsansvarlige for stor myndighet og gir dem klare dobbeltroller ved at de både står for behandlingen og skal samtykke på pasientenes vegne.

Forslaget kan medføre at en relativt stor gruppe frivillig innlagte pasienter kan bli bedømt å mangle samtykkekompetanse, og at behandlingspersonell samtykker til behandling på

vegne av disse pasientene. Rettsikkerhetshensyn tilsier etter vår mening at tilpasningen av pasientrettighetsloven slik det er foreslått ikke bør gjennomføres, og at gjeldende regulering opprettholdes.

Pasientrettighetslovens stedfortredende samtykkeregler i situasjoner der personen mangler samtykkekompetanse gjelder i dag bare dersom pasienten ikke motsetter seg aktuell behandling. Det er samtidig fremmet et lovforslag (nytt kap. 4A i pasientrettighetsloven) der det foreslås at også pasienter som protesteres kan behandles på grunnlag av stedfortredende samtykke. Dette lovforslaget presiserer at det ikke skal gjelde for behandling av psykiske lidelser (men kan anvendes for behandling av somatiske lidelser hos pasienter i det psykiske helsevern). Under en hver omstendighet er det viktig at ikke denne reservasjonen fjernes i det videre lovarbeidet med nytt kapittel 4A. En ”alminnelighetsgjøringsstrategi” som nevnt over, vil kunne gjøres at reglene likevel gjøres gjeldende i det psykiske helsevernet. Slik lovteksten er utformet i endringsforslaget av psykisk helsevernloven, vil da eventuelt også behandling av psykiske lidelser hos frivillig pasienter uten samtykkekompetanse og som protesterer bli lovlig. Dette må etter vårt syn under en hver omstendighet unngås.

5. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang

På to områder foreslås det at tvungent psykiske helsevern kan gjennomføres på institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang. Det dreier seg i det ene tilfellet om pasienter med midlertidig behov for opphold på f.eks somatisk sykehus for nødvendig helsehjelp, mens den andre situasjonen gjelder pasienter som blir utskrevet fra behandlingsansvarlig institusjon, men som har opphold i annen institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. Vi gir vår tilslutning til første del av forslaget. Det er erfaringsmessig problematisk med hjemmelsgrunnlag for tvungent vern når pasienter kortvarig overflyttes til somatisk sykehus for nødvendig helsehjelp. Derimot vil vi gå imot forslaget om at pasienter skal kunne være under tvungent psykiske helsevern uten døgnopphold på f.eks et kommunalt sykehjem. Det er vesensforskjellig mellom det å kunne bo i eget hjem og det å bo på institusjon. Forslaget vil innebære en utvanning av de krav til materiell og faglig standard som må være oppfylt for å kunne iverksette tvungent psykisk helsevern på institusjon.

6. Øvrige forslag om nye tvangshjemler

I tillegg til de punktene som til nå er kommentert inneholder forslaget enkelte nye tvangshjemler. Det gjelder tvungen urinprøvetaking og tvungen sondeforing ved anorexi.

Muligheten for tvungen urinprøvetaking er innført dels som en konsekvens av rusreformen, der helseforetakene har fått ansvar for spesialisthelsetjenesten for rusmisbrukere. Likevel er forslaget gjort generelt gjeldende for alle pasienter i det psykiske helsevernet der det foreligger mistanke om rusmiddelbruk. Dette er et kontrolltiltak vi går imot. Erfaringer med tvungen urinprøvekontroll fra fengsler er ikke gode. De er ydmykende, bidrar ikke til gode relasjoner, men bidrar i stedet til mistillit og manglende samarbeidsvilje. Dette bør i det minste unngås i behandlingstilstander der det må være mer hensiktsmessig å unngå uønsket inntak av rusmidler gjennom tillitsskapende tiltak i stedet for kontroll og tvang.

For tvangsbehandling av anorexi innebærer ikke forslaget noen vesentlig endring i forhold til dagens rettsstilling, der bare pasienter som oppfyller vilkårene i någjeldende § 3-3 kan tvangsbehandles etter § 4-4. Normalt vil en spiseforstyrrelse ikke falle inn under lovens begrep om alvorlig sinnslidelse, og det vil således ikke være mulig å gripe til tvangsbehandling. Det forutsettes i det aktuelle lovforslaget at det bare er de sjeldne tilfellene der spiseforstyrrelsen har en slik karakter at det faller inn under gjeldende oppfatning av alvorlig sinnslidelse at tvangsbehandling med tvungen ernæring skal være

mulig. Det er her viktig å sikre at ikke lovforslaget medfører en utilsiktet utvidelse av alvorlig sinnslidelse begrepet i praksis. Under en slik forutsetning har vi ikke innvendinger mot forslaget.

7. Forslag som bidrar til å begrense tvangsbruken og styrke rettsikkerheten

Endringsforslaget inneholder en del bestemmelser om vil bedre rettsikkerheten og bidra til å begrense tvang i det psykiske helsevernet. Dette gjelder slik vi leser lovutkastet begrensninger av skjerming, overføring til annen institusjon etter søknad ("fritt" sykehusvalg), at pårørende utpekes i henhold til pasientrettighetsloven, styrking av individuell plan og større grad av fritt sykehusvalg (overføring). Vi gir alle forslagene vår tilslutning. Vi gir også vår tilslutning til forslaget om at pårørende skal høres før det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, Selv om det er vanskelig å hevde at denne bestemmelsen vil virke inn på omfanget av tvang eller pasientenes rettsikkerhet.

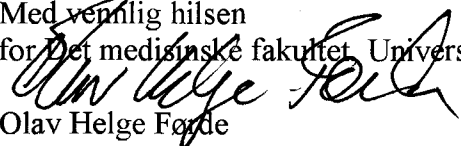
Noen overordnede betraktninger om psykisk helsevernloven og behovet for endringer.

Departementet viser til at erfaringene med psykiske helsevernloven gjennomgående er gode og at det nå bare er behov for mindre justeringer. Behovet for en harmonisering med regelverket i sosialtjenesteloven etter at rusreformen trådte i kraft er at av de forholdene som har gjort endringer nå ønskelig, og vi støtter departementets forslag til at rammene for gjennomføring av institusjonsopphold skal følge psykiske helsevernloven ved opphold i institusjoner innen det psykiske helsevernet uavhengig av hjemmel for oppholdet.

Det mest problematiske ved lovforslaget er at det på tross av gode intensjoner om et enklere og klarere regelverk og tidligere uttalte intensjoner om å redusere tvang, ender forslaget opp med regler som i sum øker mulighetene for å bruke tvang og i tillegg svekker rettssikkerheten. I vedlagte tabell har vi rubrisert forslagene i tiltak som henholdsvis øker eller reduserer lovens tvangspotensial, og som det fremgår er det flere forslag som bidrar til en økning enn en reduksjon. Forslagene er heller ikke slik at selve innholdet i bestemmelsene retter opp denne skjevheten, snarere tvert i mot.

Dette er helt parallelt til hva som skjedde ved implementasjonen av gjeldende psykisk helsevernlov. Ved videre revisjon bør målet om å redusere tvangen i det psykiske helsevernet i langt større grad ligge til grunn: Den bebudede handlingsplanen for reduksjon av tvang fra SH-dir vil forhåpentligvis være av stor verdi i et slikt arbeid.

Departementet reiser spørsmålet om behov for en mer omfattende revisjon av ikke bare psykisk helsevernloven, men av større deler av lovgivningen innen helse- og sosial sektoren. Særlig reises spørsmålet om å samle alle tvangsbestemmelser i en lov, mens øvrige bestemmelser for det psykiske helsevern (og øvrige sektorer) inkorporeres i andre generelle lover, først og fremst pasientrettighetsloven. Vi gir vår fulle tilslutning til at revisjonsarbeidet fortsetter med en slik overordnet målsetting. Særlig er tiden moden for på ny å vurdere pasientenes forhåndserklæringer i det psykiske helsevern. Dette ble avvist ved utarbeidelsen av gjeldende lov. Internasjonalt har slike erklæringer i økende grad blitt inkorporert i lovgivningen. Studier har også vist at slike erklæringer har et stort potensial for å redusere bruk av tvungent psykisk helsevern.

Med vennlig hilsen
for Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

Olav Helge Førde
kst. dekan