NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Deres dato: 25. august 2011
Deres ref: 201102469
Vår dato:06/02-12
Vår ref:
Saksbehandler: Trond Hatling

NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Høringsuttalelse fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA):

INNLEDENDE BEMERKNINGER

Sett på bakgrunn av den korte tiden lovutvalget har hatt til rådighet har de gjort et imponerende arbeid, og levert en grundig utredning, der de har diskutert de fleste sidene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevernet. De har skaffet til veie et omfattende og interessant grunnlagsmateriale som har gjort utredningen verdifull i seg selv.

Vi har begrenset vårt høringssvar til de punktene vi mener er mest sentrale ut fra et kommunalt perspektiv i det framlagte lovforslaget.

Vår høringsuttalelse er i argumentasjon og perspektiv i stor grad likelydende med høringsuttalelsen fra Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk).

ADRESSE	TELEFON / MOBIL	E-POST	NETTSIDE	ORG.NR.
Statens Hus Prinsens gate 1 7013 Trondheim	73 59 00 60 918 97 650	kontakt@ napha.no	www.psykiskhelsearbeid.no www.napha.no	986 243 836 mva

ETABLERING AV PSYKISK HELSEVERN

Kommunenes rolle

Samhandlingsreformen tilsier at kommunene i framtiden vil få et ytterligere styrket ansvar for behandling og oppfølging av mennesker med psykiske lidelser. Dette vil også omhandle arbeidet forut for en innleggelse i det psykiske helsevernet, herunder tvungent psykisk helsevern/tvungen observasjon, samt oppfølging når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn. Eventuelle endringer i kommunal medvirkning dette bør medføre på lovsiden drøftes i svært liten grad av utvalget, selv om tematikken nevnes i forhold til innleggende lege og uavhengighetskravet (14.9.1).

Et eksempel på dette er det generelle debriefingskravet i §5-2. Uten at det her tydeliggjøres at innleggende instanser – ikke nødvendigvis avgrenset til den som foretar legeundersøkelsen – skal være med vil dette lett kunne bli en institusjonsintern debriefing. Dette forsterkes av at debriefing som begrep drøftes under bruk av tvangsmidler. Tilsvarende vil også vedtak knyttet til TUD, og tvangsbehandling som del av dette, ofte involvere deler av det kommunale tjenesteapparatet, i hvert fall i utøvelsen av det.

Vi oppfatter derfor at utvalget i alt for liten grad har belyst hvilke konsekvenser nyere politiske føringer om endret ansvarsfordeling bør ha for lovverket på dette området.

Frivillig psykisk helsevern

I all hovedsak er hovedregelen om samtykke som grunnlag for frivillig innleggelse opprettholdt. Et generelt problem ved alle formelt frivillige innleggelser er i hvilken grad slike innleggelser er reelt frivillige. I mange europeiske land må alle som formelt legges inn som frivillige pasienter undertegne på at dette faktisk er tilfelle. Dette er en enkel prosedyre som i det minste innebærer en anledning til å klargjøre på hvilket grunnlag innleggelsen skjer. Vi vil anbefale at en slik prosedyre tas inn i psykisk helsevernloven.

Frivillig vern for pasienter som mangler beslutningskompetanse, men som ikke motsetter seg psykisk helsevern. Ny § 2-3

I tråd med at utvalget foreslår et snevert tvangsbegrep som grunnlag for tvungent psykisk helsevern, foreslås en helt ny ordning der pasienter uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg psykisk helsevern, formelt skal registreres som frivillige innleggelser. I motsetning til beslutningskompetente pasienter som innlegges frivillig på grunnlag av gyldig samtykke, skal det for frivillige pasienter uten beslutningskompetanse treffes vedtak etter samme prosedyrer som for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Pasienter innlagt etter § 2-3 skal også ha de samme klagemulighetene, ha samme rett til å uttale seg, underlegges de samme reglene for opphør, forlengelse og etterprøving som formelt tvangsinnlagte pasienter.

I tillegg skal kontrollkommisjonen ha en særskilt plikt til å føre tilsyn med at vernet reelt sett er frivillig. Pasienter innlagt etter § 2-3 kan ikke tvangsbehandles, men de som ikke protesterer eller motsetter seg det kan behandles uten gyldig samtykke.

Samtidig gjelder ikke vilkårene i § 4-2 nr. 1-5 for § 2-3 pasienter. "Inngangsbilletten" er at de mangler beslutningskompetanse, at de ikke motsetter seg vernet og at vilkårene i § 4-2 nr. 6-9 er oppfylt. Dette innebærer med andre ord at det ikke er krav til alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen, at det ikke er nødvendig å ta stilling til behandlings- eller farlighetskriteriene eller nødvendig at pasienten undersøkes av to leger.

Forslaget må etter vårt syn avvises på et prinsipielt grunnlag. Allerede etter dagens lovgivning er det et problem at mange formelt frivillig innlagte pasienter i realiteten utsettes for store innskrenkninger i sin autonomi og personlige frihet, uten at de er beskyttet av de rettssikkerhetsgarantiene som gjelder for formelt tvangsinnlagte pasienter. Ved det nye forslaget i § 2-3 vil en gruppe pasienter som fungerer såpass dårlig at de mangler beslutningskompetanse, og slik sett har dårligere forutsetninger til å ivareta sine interesser, bli innlagt som formelt frivillige. Disse pasientene vil i enda større grad i realiteten risikere å være frihetsberøvet og tvangsbehandlet, sammenlignet med frivillige innlagte med beslutningskompetanse.

Utvalgets forsikring om at denne pasientgruppen (formelt frivillige uten beslutningskompetanse) skal beskyttes av de samme rettssikkerhetsordningene som formelt tvangsinnlagte, er helt urealistisk. Dette avspeiles i utvalgets utforming av lovteksten. Disse pasientene har selvfølgelig ikke noen mulighet til å klage over vedtaket om frivillig innleggelse til kontrollkommisjonen på samme måte som tvangsinnlagte kan påklage vedtaket om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. De garantiene som vil være tilgjengelige for denne pasientgruppen er at vedtaket om frivillig psykisk helsevern skal fattes på samme måte som vedtak om behandling etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4, kontrollkommisjonens vurdering etter fire uker, og evt. senere etter tre måneder, samt bestemmelsen i § 2-3 andre ledd som pålegger kontrollkommisjonene å føre særlig tilsyn med at vernet er reelt frivillig. Med en gjennomsnittlig liggetid ved akuttavdelingene på rundt 1-2 uker, er det bare kontrollkommisjonenes tilsynsplikt med disse pasientene etter § 2-3 som kan bidra til at disse pasientene ikke de facto er under tvang. Det er ingen henvisninger til hvordan kontrollkommisjonen skal utøve dette tilsynet i utredningen, og hvilke prosedyrer som skal gjelde dersom kontrollkommisjonen kommer frem til at vernet faktisk ikke er frivillig. Det er også grunn til å frykte at tilsynsfunksjonen på dette området vil bli ytterligere svekket dersom man legger klage- og overprøvingsfunksjonen til fylkesnemndene for sosiale saker (mer om organiseringen av klage- og overprøvingsinstansen senere).

Det kan selvfølgelig hevdes at pasienter uten beslutningskompetanse og som innlegges etter § 2-3, kan skrive seg ut dersom de opplever at de er utsatt for tvang. Dette blir illusorisk, da et fellestrekk ved disse pasientene er at de av ulike grunner i liten grad protesterer mot ulike tiltak og den behandlingen de får.

Om man tross de prinsipielle innvendingene mot forslaget i 2-3 skulle velge å innføre en slik regel, vil den i tillegg by på praktiske problemer som vil gjøre bestemmelsen vanskelig å praktisere i klinisk virksomhet. Gruppen av pasienter som formelt innlegges frivillig og som mangler beslutningskompetanse består både av pasienter som ikke gir uttrykk for hva de mener om å komme under psykisk helsevern og pasienter som aktivt samtykker til psykisk helsevern. Begge grupper kan

inkludere pasienter uten beslutningskompetanse. Hvor mange av de som innlegges frivillig som mangler beslutningskompetanse finnes det ingen kunnskap om, men det vil antakelig dreie seg om er vesentlig antall. Å identifisere pasienter der det skal fattes vedtak om frivillig innleggelse etter § 2-3 vil derfor legge beslag på store menneskelige ressurser. I tillegg er bedømming av kompetanse i seg selv vanskelig og tidkrevende. Et annet problem oppstår om pasienter innlagt etter § 2-3 etter innleggelse motsetter seg videre innleggelse eller behandling. Det må da vurderes om pasienten oppfyller vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern eller ikke. Også dette vil være ressurskrevende.

Tvungent psykisk helsevern

Utvalget har i sitt forslag utvidet antall vilkår for tvungent psykisk helsevern fra 6 til 9 for innleggelse på behandlingsvilkår, mens det ved tvangsinnleggelse på farlighetsindikasjon er økt fra 5 til 6. Vilkåret om at bare pasienter som mangler beslutningskompetanse kan tvangsinnlegges på behandlingsindikasjon representerer noe helt nytt i lovgivningen som regulerer tvangsinnleggelser. Begrunnelsen er å styrke pasientenes autonomi, og også tilnærme reglene i psykisk helsevernloven til bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven. En slik tilnærming vil etter utvalgets mening bidra til å redusere diskrimineringen av pasienter i psykisk helsevern i forhold til somatiske pasienter, og er et mulig skritt i retning av felles lovgivning for alle pasienter i forhold til bruk av tvang.

Vi støtter prinsipielt en slik utvikling og lovutvalgets forslag om introduksjon av et krav om manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang. Nedenfor vil vi likevel utdype enkelte motforestillinger knyttet til vilkåret om manglende beslutningskompetanse. Før vi gjør det vil vi kommentere noen av definisjonene i lovutkastet, og forslaget om formelle vedtak ved legeundersøkelse av uavhengig lege før en tvangsinnleggelse.

Definisjoner

Alvorlig psykisk lidelse. Utvalget foreslår at alvorlig sinnslidelse erstattes med alvorlig psykisk lidelse. Utvalget understreker at endringen ikke innebærer noen endring av hva som omfattes av alvorlig sinnslidelse i dag.

Vi går imot en slik navneendring. Alvorlig sinnslidelse er godt innarbeidet og de aller fleste helsearbeidere i psykisk helsevern har forståelse for hva betegnelsen omfatter. En endring til alvorlig psykisk lidelse kan oppfattes som et signal om at begrepet utvides, og også skape tvil om at det er skjedd en endring i hvilke tilstander som omfattes. En slik tvil vil antakelig styrkes ved at utvalget etter vårt syn faktisk utvider de tilstander som omfattes av alvorlig psykisk lidelse (se senere).

Vedtak om undersøkelse (Nytt kapittel 3)

Det foreslås at det alltid skal fattes vedtak om uavhengig legeundersøkelse før innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Etter dagens lov skal det bare fattes slikt vedtak når pasienter på ulike måter unndrar seg en slik undersøkelse.

Det nye forslaget må etter vårt syn avvises. Etter gjeldende lov fattes det svært få slike vedtak. At det sjelden fattes slike vedtak reflekterer at det er svært sjelden noen motsetter seg å snakke med uavhengig lege selv i en akutt og ofte vanskelig situasjon for pasienten. Å innføre obligatoriske vedtak

for alle vurderinger der tvungent psykisk helsevern kan bli et aktuelt alternativ, vil medføre betydelig økt byråkrati som i liten eller ingen grad vil bidra til økt rettssikkerhet for pasientene.

I en konsultasjon er det ofte umulig å vite på forhånd om tvungent psykisk helsevern kan dukke opp som et tema. Enten må man da treffe formelle vedtak i et stort antall konsultasjoner på forhånd, eller man må avbryte eller ta pause i en konsultasjon for å fatte vedtak når det viser seg at tvangsinnleggelse kan bli aktuelt. Begge deler er like uhensiktsmessig. Det sentrale formålet med undersøkelse av uavhengig lege er at denne legen skal møte pasienten, og vurdere pasientens tilstand ved en personlig undersøkelse. Som allerede nevnt er det svært sjelden at pasienten unndrar seg et slikt møte med uavhengig lege, slik at legen ikke får vurdert pasienten. Det er derfor kun behov for å gjennomføre en slik undersøkelse med bruk av tvang i sjeldne tilfelle, og formelle vedtak om tvungen legeundersøkelse bør begrenses til disse tilfellene slik reglene er i dag. Vi er klar over at det kan oppleves som et tillitsbrudd dersom man har oppsøkt uavhengig lege (ofte legevakt, fastlege eller psykiater i poliklinikk) for å få hjelp, og opplever at det ender med en tvangsinnleggelse. I slike situasjoner bør det heller innføres en regel om at pasienten henvises til en "second opinion", det vil si at pasienten blir undersøkt av en annen uavhengig lege som vurderer behovet for en eventuell tvangsinnleggelse. Først når pasienten motsetter seg en slik ny vurdering, kan det treffes vedtak om tvungen undersøkelse.

Den tilsynelatende rettssikkerhetsmessige fordelen ved at pasientene kan klage til Fylkesmannen over vedtak om å bli undersøkt av uavhengig lege, er illusorisk. De aller fleste tvangsinnleggelser skjer akutt, og så lenge en klage ikke har oppsettende virkning, vil ikke slik klage innebære noen reell rettsikkerhetsgaranti.

Særskilt om manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern

Utvalget foreslår at det innføres et vilkår om manglende beslutningskompetanse ved etablering av tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon. Et slikt vilkår representerer noe helt nytt i den rettslige reguleringen av tvangsinngrep i psykisk helsevern i Norge. Det grunnleggende prinsippet bak et slikt vilkår er at mennesker som har beslutningskompetanse ikke kan tvinges til å motta behandling de ikke ønsker. Dette prinsippet ligger til grunn ved behandling av somatiske lidelser i henhold til bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 og 4A-2.

Vi støtter på prinsipielt grunnlag at det ikke lenger skal være mulig å behandle pasienter med beslutningskompetanse mot deres vilje. Vi støtter også at man beholder vilkåret om alvorlig sinnslidelse. Det er slik at noen pasienter med en alvorlig sinnslidelse kan ha intakt beslutningskompetanse, mens andre kan mangle den. Tilsvarende kan noen pasienter som ikke har en alvorlig sinnslidelse mangle beslutningskompetanse.

Ved å beholde vilkåret om alvorlig sinnslidelse og samtidig innføre et vilkår om manglende beslutningskompetanse vil man (i alle fall i teorien) innskrenke antall personer med en alvorlig sinnslidelse som kan tvangsinnlegges i forhold til dagens regelverk, samtidig som man ikke kan tvangsinnlegge personer med manglende beslutningskompetanse som ikke har en alvorlig sinnslidelse (om unntakene som er foreslått i ny § 4-1 og § 4-7 se senere). Samtidig foreslår lovutvalget at kravet til å konkludere med at en person mangler beslutningskompetanse etter loven svekkes i forhold til nåværende lovgivning.

Etter dagens krav i henhold til pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3, er vilkåret at pasienten **åpenbart** ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer. I det nye forslaget heter at det bare skal være **overveiende sannsynlig** at pasienten ikke har beslutningskompetanse i henhold til fem alternative krav (Ny § 4-3 i pasient- og brukerrettighetsloven). Ved både å redusere kravet fra "**åpenbart**" til **"overveiende sannsynlig"** samtidig som det introduseres et mer komplisert og krevende kompetansebegrep, vil innføringen av et vilkår om manglende samtykke ved tvangsinnleggelse på behandlingsindikasjon bli vesentlig utvannet, og neppe få stor betydning for målsettingen om å styrke pasientens selvbestemmelsesrett.

Vi har derfor ingen tro på utvalgets forventning om at et krav om manglende beslutningskompetanse vil redusere omfanget av tvungent psykisk helsevern. I tillegg til de konkrete endringene i lovens vilkår som er nevnt over, er vurderingen av beslutningskompetanse såpass skjønnspreget at det i de fleste tilfellene lett vil kunne argumenteres med at personer med en alvorlig sinnslidelse ikke har beslutningskompetanse. Det er også rimelig å tro at i mange tilfelle der det er overveiende sannsynlig at pasienter med en alvorlig sinnslidelse har beslutningskompetanse, og således ikke kan innlegges på behandlingsindikasjon (se under), vil personen likevel bli lagt inn med tvang under henvisning til farlighetsvilkåret.

En annen svakhet ved utredningen er at det ikke gis anvisning på hvordan beslutningskompetansen skal vurderes. I vedleggene til Østenstad og Pedersen går det frem at beslutningskompetansen kan vurderes på mange ulike måter, og at selve begrepet er komplisert og i mange tilfelle vanskelig å vurdere. De mest forsvarlige testene (instrumenter) for å vurdere beslutningskompetanse er tidkrevende. Et annet problem som ikke er tatt opp er hvordan vedtaksansvarlige skal forholde seg til at beslutningskompetansen varierer over tid, ofte med hyppige svingninger.

Vilkåret om manglende beslutningskompetanse gjelder som nevnt bare ved innleggelse på behandlingsindikasjon, og ikke om man tvangsinnlegger noen av hensyn til fare for andre. Denne forskjellsbehandlingen er vanskelig å forsvare på et prinsipielt grunnlag. En person som har beslutningskompetanse vil også som regel være strafferettslig tilregnelig. Dersom vedkommende er farlig for andre, enten gjennom handlinger eller trusler, bør vedkommende stå til ansvar for sine handlinger og adferd, og tas hånd om av politi og strafferetten.

Øvrige vilkår for tvungent psykisk helsevern

§ 4-1 og § 4-2 nr 1: "Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt..." Dette vilkåret er videreført fra nåværende lov. Problemet med dette vilkåret er at det i praksis har hatt liten betydning. Vilkåret er ikke gitt noe konkret innhold, og det er sjelden at faktiske forsøk på frivillige tiltak er dokumentert. Slik beslutningstakere har forholdt seg til dette vilkåret under dagens lov, er det tvilsomt om det over hodet spiller noen praktisk rolle i arbeidet med å innskrenke, eller å prøve ut alternativer til bruk av tvang. Et viktig bidrag til økt frivillighet og standardisering av klinisk praksis ville derfor vært om lovgiver hadde spesifisert hvilke handlinger som skal ha vært forsøkt for å ha oppfylt dette kravet. Det er beklagelig at utvalget ikke har gått videre i retning en slik spesifisering.

Særskilt om tvangsinngrep ved suicidalitet

I kapittel 4, under § 4-1 foreslår utvalget at det skal være mulig å tvangsinnlegge personer som har gjort alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko for inntil 3 døgn, uavhengig av om pasienten har en alvorlig sinnslidelse eller ikke.

Dette er en helt ny inngrepshjemmel der det ikke stilles noe konkret krav til hva slags psykisk lidelse personen måtte ha, og at personen heller ikke trenger å mangle beslutningskompetanse. Hovedbegrunnelsene for å innføre en slik hjemmel er at det strider mot de fleste helsepersonells verdisyn at man ikke har anledning å gripe inn med tvang overfor suicidale personer som ikke har en alvorlig sinnslidelse, og at helsepersonell skal slippe å "strekke" nåværende bestemmelser ved at man legger inn suicidale pasienter etter gjeldende regler for tvungen observasjon (nåværende § 3-2) selv når man vet at de ikke har en alvorlig sinnslidelse.

Selv om det hefter andre prinsipielle motforestillinger mot dette forslaget (som at man utvider de tilstandene som kvalifiserer for tvungen observasjon, og at man innskrenker pasientenes autonomi) er den viktigste innvendingen mot forslaget at det ikke er foretatt en mer grundig vurdering av om et slikt tiltak faktisk virker selvmordsforhindrende og redder liv. Det er ikke vist til noen empiriske studier som gir støtte til at slik tvang er effektiv for personer som har gjort forsøk på, eller truer med, å ta sitt eget liv.

Veiet mot de motforestillingene vi har til å utvide grunnlaget for å bruke tvang til å omfatte tilstander som i dag ikke faller inn under alvorlig sinnslidelsesbegrepet, og på bakgrunn av manglende vurderinger og kunnskap om effektene av å bruke tvang overfor denne pasientgruppen, går vi klart i mot dette forslaget. I tillegg taler også praktiske argumenter mot innføringen av en slik bestemmelse. Selv om det er usikkerhet knyttet til vurderingen av konsekvensene i form av økte tvangsinnleggelser ved den foreslåtte lovhjemmelen, vil vi ikke utelukke at presset på å benytte denne hjemmelen vil bli betydelig.

Gruppen av pasienter med personlighetsforstyrrelse og rusproblemer er stor, og suicidalitet er ofte et tema, særlig under ruspåvirkning. Pårørende vil sannsynligvis ha forventninger til at en tre dagers tvangsinnleggelse vil "løse" problemene, og pågangen på tvangsintervensjoner med liten eller dårlig dokumentert effekt vil bli tilsvarende stor. Det er også uklart hva som kan lede til forlenget frivillig behandling og hjelp etter en tre dagers tvangsinnleggelse for den aktuelle gruppen. Utvalget har ikke vurdert de negative sidene slike inngrep kan ha i forhold til behandlingsallianser og behandlingsmotivasjon, og i verste fall at tvangsinngrep kan øke selvmordsrisikoen.

Særskilt om tvungent psykiske helsevern uten døgnopphold i kommunale sykehjem for personer med aldersdemens

Her foreslås en særbestemmelse om at personer med aldersdemens kan kunne underlegges tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i kommunal institusjon, uten krav til alvorlig sinnslidelse. Sykdomsvilkåret er kun knyttet til aldersdemens. I tillegg må tiltaket klart være i pasientens interesse og nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, og virkeområdet er avgrenset til kun å omfatte pasienter i kommunale sykehjem.

Utvalgets begrunnelse (s 184-188) er uklar og bygger etter vårt syn på feilaktig forståelse av gjeldende rett. I den grad personer med aldersdemens etter gjeldende rett kan omfattes av

grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse, vil det bare være aktuelt der symptomene står fram som psykotiske, uavhengig om symptomene er et produkt av demenslidelsen eller ikke. Det er i dag ikke slik at alvorlig funksjonssvikt ved fremskreden demens betraktes som sidestillet til psykoselidelsene, og derfor omfattes av alvorlig sinnslidelse begrepet. Det synes derfor klart at forslaget innebærer en utvidelse av de tilstandene som åpner for tvungent psykisk helsevern.

I en situasjon der det er et stort problem i aldersinstitusjoner med overforbruk av psykofarmaka, og der det finnes flere empiriske studier som viser gunstig effekt av å seponere psykotrope medikamenter, er det tvert om liten grunn til å åpne opp for tvangsbehandling av demente med denne type medikamenter.

Forslaget vil også medføre et betydelig opplæringsbehov av personale som så langt i liten grad har vært i berøring med psykisk helsevernloven. Selv om vi prinsipielt er for at psykiaterkompetansen skal desentraliseres, og dermed også omfatte kommunale tjenester, er dette langt fra tilfelle i dag. Og det er fortsatt betydelige utfordringer knyttet til samhandlingen mellom det psykiske helsevernet og det kommunale tiltaksapparatet (jfr Samhandlingsreformen). Før man får satt inn virksomme tiltak mot dagens overforbruk av psykofarmaka for denne gruppen vil en utvidelse av adgangen potensielt utsette en langt større gruppe for farene ved denne praksisen.

På bakgrunn av de argumentene vi har anført over, går vi klart imot forslaget om å inkludere aldersdemens som grunnlag for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og dermed tvangsbehandling, i kommunale sykehjem.

TVANG UNDER GJENNOMFØRING AV PSYKISKE HELSEVERN

Behandling uten eget samtykke – herunder tvangsmedisinering

I realiteten omfatter behandling uten eget samtykke kun behandling med legemidler. Bare unntaksvis fattes det vedtak om tvangsbehandling som ikke dreier seg om medikamentell behandling. Vi har mangelfulle data om tvangsbehandling med legemidler, men de data vi har tyder på at antall tvangsbehandlingsvedtak er økende. I forskningslitteraturen omtales ofte tvangsbehandling med medikamenter (og også tvangsmiddelbruk med medikamenter) som det mest alvorlige integritetskrenkende inngrep pasienter utsettes for.

Avveiningen mellom behov for behandling og omkostningene ved bruk av tvang vil variere med erfaringer, verdisyn, faglig forankring og syn på behandlingseffekt. Fare for helseskade, prognose med og uten tvang, traumer, tillitsforhold og alvoret ved å frata mennesker bestemmelsesretten over eget liv spiller inn ved slike vurderinger. Det er mot en slik bakgrunn ikke overraskende at det er stor uenighet om i hvilken grad det skal være adgang til tvangsbehandling, og det vil neppe være mulig å finne frem til en rettslig regulering som alle kan slutte seg til.

Fra vårt perspektiv er det viktig å påpeke at kommunalt ansatte ofte er tungt involvert i administrering og motivasjonsarbeid av personer under tvungent psykisk helsevern uten døgn med vedtak om tvangsmedisinering. Tilsvarende vil dette være personell som er sentrale i å etablere, og motivere til å anvende, alternativer til tvangsmedisinering. Nåværende praksis, hvor alternativer og felles behandlingstilnærming i liten grad drøftes på tvers av de to tjenestenivåene, adresseres slik vi ser ikke i utvalgets forslag. Nyere litteratur (eks vis Lepping et al. 2011) viser at det er dekning for begrunnet skepsis til medikamentenes effekt, og at det er store individuelle effektforskjeller. Gitt at prosedyrene beskrevet i lovutvalgets forslag til §5-5 følges (særlig pkt k) bør dette i noen grad kunne fanges opp. Det er derfor uheldig at en ikke omtaler kommunalt personell hverken når det gjelder opplæring eller ansvar i forhold til disse prosedyrene spesielt, og tvangsmedisinering generelt.

Bruk av forhåndserklæringer

Utvalget forslår at pasienters tidligere uttrykte holdninger til bruk av tvangsbehandling skal tillegges betydelig vekt, der disse er avgitt i faser der pasienten er antatt å ha beslutningskompetanse. Vi er enige i dette, også i at pårørendes synspunkter skal tillegges vekt. Imidlertid synes det som om utvalget i sitt forslag har sett bort fra den muligheten at pasienten i slike erklæringer kan gi uttrykk for at de faktisk ønsker rask igangsetting av behandling, en holdning som eksempelvis er vanlig hos pasienter med bipolar lidelse. Slik vi leser lovendringsforslagene gis pasienten ikke denne muligheten, og de fratas derved retten til hva de anser som adekvat behandling.

Vi anbefaler at det i de tilfellene der hovedreglene for tvangsbehandling (særlig tidsfristene) fravikes, av rettssikkerhetsmessige hensyn må innføres en meldeplikt om slike fravikelser til Fylkesmannen. Dette for å forhindre at unntaksbestemmelser er det som i praksis blir brukt.

Overprøving

Vi støtter fullt ut at Fylkesmannens vedtak i klagesaker om tvangsbehandling kan ankes til domstolene. Vi støtter også at pasienter vil få gratis bistand av advokat i klager over tvangsbehandling.

RETTSSIKKERHETSSPØRSMÅL

Vi støtter forslagene i lovutkastet som innebærer bedre dokumentasjon ved tvangsbruk samt forslag om mer betryggende prosedyrer, for eksempel at pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om at man må rådføre seg med annet helsepersonell innføres ved vedtak om tvang i det psykiske helsevernet.

Vi går sterkt imot forslaget om at kontrollkommisjonene skal kunne vedta å utsette utskrivning i inntil fire uker for pasienter der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke lenger er tilstede. Det er et felles ansvar for det psykiske helsevernet og hjemkommunene å starte arbeidet med en utskriving tidlig. Ideelt sett bør utskrivingen planlegges allerede ved innleggelsen. Om nødvendig må det

psykiske helsevernet stille med ressurser i en overgangsfase for å bistå kommunen i etablering av et adekvat tilbud. Å bruke argumenter for at det trenges tid til å forberede utskrivning som grunnlag for frihetsberøvelse er uakseptabelt.

GENERELLE KOMMENTARER

Utvalget fortjener anerkjennelse for å ha levert en omfattende og grundig utredning. Drøftingen i utredningen reiser viktige etiske, verdimessige og konkrete problemstillinger, som i stor grad er belyst ved hjelp av forskningsbasert kunnskap på feltet. Sett på bakgrunn av utvalgets knappe tidsramme, er det nedlagt et imponerende arbeid som uansett er svært nyttig for videre diskusjon om vanskelige spørsmål knyttet til legale rammer for tvangsinngrep i det psykiske helsevernet.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid erkjenner at det i visse situasjoner kan være berettiget å gripe inn på tross av at pasienten motsetter seg inngrepet. Slike tvangsinngrep må imidlertid begrenses til situasjoner der det foreligger alvorlig fare for pasientens eller andres liv eller helse, eller der det med sikkerhet kan fastslås at pasienten vil ha en klar fordel av at det gripes inn med tvang, sammenlignet med om pasienten ikke kommer inn i en behandlingssituasjon. I tillegg må inngrepet være i tråd med pasientens antatte preferanser og ønske om helsehjelp. Samtidig må forsøk på å oppnå en frivillig behandlingsallianse, inkludert alternative tiltak som pasienten kan akseptere, være uttømt. På bakgrunn av at tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler er svært alvorlige inngrep, må det i tillegg etableres gode og effektive rettssikkerhetsgarantier når tvang anvendes.

I forhold til tidligere lovforabeider har Paulsrudutvalget i større grad tydeliggjort de negative erfaringer mange pasienter har i forhold til bruk av tvang, og også pekt på at vi mangler gode empiriske studier som kan legitimere bruk av tvang. Dette er fortjenestefullt og vi slutter oss til utvalgets utgangspunkt i denne sammenhengen. Det er derfor overraskende at selve lovteksten ikke alltid reflekterer de erfaringene og referansene lovutvalget selv viser til i utredningen. Vi finner det særlig betenkelig at lovforslaget, på tross av utredningens vekt på økt selvbestemmelse og redusert bruk av tvang, inneholder en utvidelse av tvangshjemlene sammenlignet med nåværende lov. Konkret dreier dette seg om tre døgn tvungen observasjon ved overhengende suicidalfare for personer som ikke er alvorlig sinnslidende, muligheten for kontrollkommisjonene til å vedta utsatt utskrivning i inntil fire uker etter at vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke lenger er oppfylt, og muligheten til å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for personer med aldersdemens som er innlagt i kommunalt sykehjem. I tillegg kommer muligheten til å innføre "skjult" tvang ved innføringen av formelt frivillig vern for pasienter uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg vernet. Om disse forslagene blir vedtatt kan det føre til mer bruk av tvang snarere enn mindre. Riktignok vil forslaget om formell frivillig innleggelse av personer uten samtykkekompetanse som ikke protesterer mest sannsynlig bidra til at tvangen statistisk går ned, men mange av disse pasientene vil som nevnt reelt være frihetsberøvet.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

NOU 2011: 9 inneholder mange positive elementer side om side med svært betenkelige endringer av dagens regelverk. Av de forslagene vi anser som negative, og går i mot, vil vi særlig utheve følgende:

- Innføringen av frivillig status for pasienter uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg helsehjelp
- Tvang overfor suicidale uavhengig av den psykiske tilstanden
- Utvidelse av tilstandene som kan kvalifisere for tvungent psykisk helsevern ved å innføre tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for aldersdemente pasienter i kommunale sykehjem
- Kontrollkommisjonens adgang til å utsette utskrivning av tvangsinnlagte pasienter med inntil fire uker der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke lenger er oppfylt.
- Forslaget om å erstatte kontrollkommisjonene med fylkesnemndene som klageorgan

Videre stiller vi oss tvilende til at de konkrete forslag til lovendringer vil redusere omfanget av tvang.

Den foreslåtte revisjonen av psykisk helsevernloven innebærer at loven vil bli mer omfattende og mindre "brukervennlig". Loven utøves og fortolkes primært av helsepersonell som er uten juridisk kompetanse, og lovteksten bør være så enkel og entydig som mulig. I strid med dette er lovforslaget blitt mer komplisert, samtidig som lovteksten mange steder er uklar og etterlater fortolkningstvil.

På dette grunnlaget kan det reises spørsmål ved om det vil være riktig å gå videre med lovforslaget. Det er kort tid siden omfattende revisjoner av regelverket (1999 og 2006). Det er allerede et problem at fagfeltet har utilstrekkelig kunnskap om regelverket i det psykiske helsevernet, og introduksjon av så omfattende endringer som utvalget foreslår vil ta lang tid å implementere. En del av de mindre omfattende og ukontroversielle endringsforslagene kan relativt enkelt inkorporeres i nåværende lov, mens de prinsipielle og overordnete endringene trenger en mer inngående drøfting, som gjør at feltet er best tjent med at man avventer en revisjon før forslagene er grundigere drøftet. Utvalget har nedlagt et stort arbeid innenfor den knappe tidsrammen de har hatt, og kan ikke klandres for at mange forslag står frem som noe "uferdige". Utredningen vil uansett være et verdifullt bidrag i den videre debatten om tvangsreglene i psykisk helsevern.

Med vennlig hilsen

Trond Hatling

Leder