

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 5.1.2012  
Sakhandsamar: **Carina Paulsen Mæland**  
Saka gjeld: **Høyring - NOU 2011: 9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern»**

**Arkivsak**  
2011/378/  
**Styresak 013/12**

**Styremøte 01.02. 2012**

---

## Forslag til vedtak

Helse Vest RHF gir uttale til NOU 2011: 9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelse og omsorgsansvar i psykisk helsevern», i tråd med forslag tatt inn i saksframlegget.

## Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring NOU 2011: 9 "Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern".

Formålet med utgreiinga er å styrkje sjølvråderetten og rettstryggleiken til menneskje med alvorlege psykiske lidingar, samstundes å førebyggje og avgrense bruk av tvang.

Helse Vest RHF har henta inn synspunkt frå helseføretaka. Helse Bergen og Helse Fonna har gitt tilbakemelding.

Forslag til uttale frå Helse Vest er tatt inn i saksframlegget.

## Fakta

### Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt NOU 2011: 9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet», på høring.

Ved kongeleg resolusjon 28. mai 2010 oppnemnde Regjeringa eit lovutval for å gjennomgå tvangslovgivinga innan psykisk helsevern. Bakgrunnen for oppnemninga var blant anna ønskje om å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang.

Utvalet blei særleg bedt om å vurdere:

- Styrking av pasientane sin sjølvråderett
- Tvungen psykisk helsevern
- Gjennomføring av tvungen psykisk helsevern
- Kontroll- og overprøvingsordningar

Utvalet leverte innstillinga 17. juni til Helse- og omsorgsdepartementet.

## Kommentarar

### Forslaga

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), og framveksten av tydelege lovfesta pasientrettar, har i debatten om tvang innan psykisk helsevern i større grad opna opp for eit større brukar- og tryggleiksperspektiv.

Debatten om tvang i psykisk helsevern har i stor grad vore knytt til spørsmålet om behandlingvilkår som grunnlag for etablering av det tvangs vernet. Utvalet har derfor hatt ein grundig gjennomgang av behandlingvilkåret. Konsekvensane av å behalde eller å fjerne behandlingvilkåret har blitt grundig vurdert.

Behandlingsvilkåret fremgår av psykisk helsevernlova § 3.3 fyrste ledd nr. 3 bokstav a: «Tvungent psykisk helsevern må være nødvendig for å hindre at pasienten på grunn av den alvorlige sinnslidelsen enten:

- «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»

Behandlingsvilkåret er grunngeven ut i frå omsyn til pasienten sjølv, og består av eit betringsalternativ og eit forverringsalternativ. Betringsalternativet inneber at pasienten utan tvungent psykisk helsevern «får sin utsikt til å bli frisk eller vesentlig betring i betydelig grad redusert». Betringsalternativet er mest aktuell som grunn til innlegging.

Forverringsalternativet er mest aktuelt som grunnlag for å oppretthalde tvangs vernet. Forverringsalternativet vil kunne vere aktuelt for pasientar som er brakt opp på behandlingmessig optimalt nivå, men kor det er fare for tilbakefall dersom tvangs vernet opphøyrar.

#### Styrking av pasientane sin sjølvråderett

Psykisk helsevern skal som hovudregel ytast på bakgrunn av pasientane sitt eige samtykke i tråd med samtykkeavgjerdsla i pasientrettslova kapittel 4. Dette går fram av psykisk helsevernlov § 2-1 fyrste ledd.

Utvalet foreslår å innføre omgrepet beslutningskompetanse som ein ny nemning som skal erstatte dagens omgrep «samtykkekompetanse». Dette for å synleggjere at pasientane sin sjølvråderett både omfattar det å samtykke til behandling og det å nekte å ta i mot behandling.

For å styrkje pasientane sin sjølvråderett tilrår utvalet å innføre ein kompetansebasert modell for tvungen psykisk helsevern. Når grunnlaget for tvungent psykisk helsevern er pasienten sitt behov for behandling, behandlingsvilkåret, skal det etter forslaget berre kunne setjast i verk dersom pasienten manglar beslutningskompetanse. Dette gir ein rett for personar som har beslutningskompetanse til å nekte å ta imot tilbod frå psykisk helsevern, sjølv om dei har ein alvorleg psykisk lidning og blir vurdert til å vere i behov av behandling.

Kravet om fråvær av beslutningskompetanse og om antatt samtykke, skal ikkje gjelde når tvungent vern blir etablert fordi pasienten utgjer ein fare for andre sitt liv eller helse. Det skal heller ikkje gjelde ved tvungent observasjon ved sjølvmondsfare eller alvorleg sjølvmondsrisiko.

Utvalet anbefalar samstundes å innføre eit krav om antatt samtykke, når bakgrunnen for det tvungne vernet er pasientens behov for behandling, jf. lovutkastet § 4-2 nr 9. Det skal bli gjort ein konkret vurdering av kva pasienten ville ha meint om helsehjelpa dersom vedkommande hadde hatt beslutningskompetanse.

#### Tvungen psykisk helsevern

Med tvungen psykisk helsevern siktar ein til undersøking og behandling av menneskjer med psykisk lidning, samt den pleie og omsorg dette krev, utan at pasienten har gitt samtykke etter grunngjevinga i pasientrettslova kapittel 4, jf. psykisk helsevernlov § 1-2 tredje ledd.

Dersom ein person i dag skal kunne underleggjast tvungen psykisk helsevern, må pasienten ha ein alvorleg sinnsliding, jf. psykisk helsevernlova § 3-3 fyrste ledd nr 3. I tillegg til hovudvilkåret om ein alvorleg sinnsliding, må minst eit av to tilleggsvilkår, behandlingsvilkåret eller farevilkåret, være oppfylt.

Farevilkåret inneber at tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten, på grunn av sin alvorlege sinnsliding, «utgjer en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», jf. § 3-3 fyrste ledd nr. 3 bokstav b. Tvangsinnlegging på farevilkåret er meint å førebyggje alvorlege forbrytelser mot andre sine liv og deira helse, samt fare for eige liv og helse.

Alvorleg sinnsliding er eit rettsomgrep som ikkje svarar til nokon konkret medisinsk diagnose. Hovudkriteriet sinnsliding har nær tilknytning til psykoseomgrepet, men er ikkje avgrensa til bare å omfatte tilstander av psykose. Særlege grensetilfelle, herunder visse manifeste avvikstilstander av ikkje-psykotisk karakter, der funksjonssvikten er like stor som den ein ser ved psykosar, kan vere aktuell. Det er likevel strenge kriterier som skal leggjast til grunn, der ein heilskapsvurdering er avgjerande.

Spørsmålet om vidareføring av alvorleg sinnsliding som vilkår for tvungen psykisk helsevern er samansett. Hovudvilkåret tilseier at samfunnet hovudsakleg kan bruke tvungen psykisk helsevern overfor personar med psykoselidingar, og i mindre grad ved personlegdomsforstyrningar.

Lovutvalet anbefalar å behalde hovudvilkåret om at pasienten må ha ein alvorleg sinnsliding for å etablere tvungen psykisk helsevern. Å fjerne hovudvilkåret vil i følge utvalet innebære ein risiko for meir bruk av tvang overfor personar med personlegdomsforstyrningar og åtferdsavvik. Utvalet vurderer at det ikkje er behandlingmessig gunstig, eller på andre måtar ønskjeleg, å gi større moglegheit til tvungen psykisk helsevern overfor denne gruppa.

Alvorleg sinnssliding er foreslått erstatta med alvorleg psykisk lidning. Det vil fortsatt behalde same innhald som i dag.

Utvalet meiner det finns vektige grunnar som talar både for og imot behandlingstvilkåret. På bakgrunn av ein lang utgreiing, og mange ulike meiningar, er likevel utvalets konklusjon at behandlingstvilkåret bør oppretthaldast. Dette gjeld både betringalternativet og forverringalternativet. Utvalet peikar vidare på at det må vere eit mål å yte god behandling og omsorg. God behandling for den enkelte, føresetje openheit og at behandlarar evner å vere audmjuke.

Dagens moglegheit til tvungen psykisk helsevern, når pasienten utgjør ein fare for andre, foreslår ein vidareført.

Ved alvorleg sjølvmondsproblematikk eller nærliggjande og alvorleg sjølvmondsfare, foreslår utvalet at det skal vere moglegheit til tvungen observasjon i inntil tre dagar, jf. lovutkastet § 4-1 tredje ledd. Utvalet foreslår unntak frå hovudtvilkåret om at pasienten da må ha ein alvorleg psykisk lidning. Utvalet peikar på at personar som ikkje har ein alvorleg sinnssliding i lovens forstand, også kan vere i stor sjølvmondsfare. Det kan vere like påtrengjande og hindre sjølvmond, også med tvang, i slike tilfelle.

Utvalet foreslår å opne opp for at undersøking og behandling av psykiske lidningar hos aldersdemente skal kunne skje med tvang i kommunale sjukeheim eller buform med heildøgns omsorg. Dette gjeld tvungen psykisk helsevern utan døgnopphald.

#### Gjennomføring av tvungen psykisk helsevern

Utvalet peikar på at tvangsbehandling, særleg behandling med legemidlar, er eit alvorleg inngrep for pasienten. Utvalet drøfter kritikken av langtidseffekten av antipsykotika opp mot grunngevinga om at legemiddel tross alt er den best dokumenterte og etterprøvde behandlingmetoden for dei alvorligaste psykiske lidningane. Utvalet sitt fleirtal meiner det framleis bør vere anledning til å behandle pasientar utan deira samtykke, også med medisinar.

Vidare foreslår utvalet å skjerpe krava til grunngeving for vedtak om tvangsbehandling, og stille krav om at den faglege ansvarlege skal konferere med anna kvalifisert helsepersonell før vedtak blir gjort, jf. lovutkastet § 5-5 fyrste og andre ledd. Den obligatoriske observasjonstida før tvangsmedisinering blir foreslått forlenga frå tre til seks dagar, jf. lovutkastet § 5-4 tredje ledd.

Bruk av tvangsmiddel for å hindre skade bør framleis vere tillat, men utvalet anbefalar å oppheve bruken av isolering. Utvalet foreslår skjerping av krav til vedtak ved skjerming, jf. lovutkast § 5-3.

#### Kontroll og overprøvningsordningar

Utvalet foreslår at fylkesnemndene for barnevern og sosiale sakar blir etablert som felles kontroll- og overprøvningsinstans for alle tvangsvedtak som blir fatta med heimel i psykisk helsevernlova. Det blir foreslått å lovfeste tilgang til framleis å halde tilbake pasienten i fire veker etter vedtak eller dom om opphøyr av tvangs vernet, men berre viss det er tungtvegande grunnar for dette.

## **Synspunkt helseføretaka**

Helse Vest RHF har henta inn synspunkt frå helseføretaka. I tilbakemeldingane peikar helseføretaka på at nokon av forslaga kan føre til ein byråkratisering av tenestene og tiltaka rundt pasienten.

Helse Bergen er tilfreds med høyringsforslaget som tar sikte på å betre rettstryggleiken for menneskjer med psykiske lidningar. Dei er ueinige i nokon punkt, mellom anna:

- Krav om antatt samtykke når tvungen psykisk helsevern blir vurdert ut frå pasienten sitt behov for behandling. Dette inneber at det må sannsynleggjerast at pasienten ville ha samtykka til helsehjelpa i beslutningskompetent tilstand. Helse Bergen peikar på at eit slikt absolutt krav kan få store konsekvensar for ein stor del pasientar som ikkje vil kunne få hjelp dersom eit slikt krav om antatt samtykke skal gjelde.
- Obligatorisk observasjonstid før vedtak om tvangsmedisinering, forslag om å forlange observasjonstida frå tre til seks dagar. Helse Bergen peikar på at dei har erfaring med at ein del pasientar raskt vil kunne få sin tilstand betre ved adekvat medisinerig. Med eit absolutt krav om

seks dagar observasjonstid før medisiner, kan desse pasientane tilførast unødig stor belastning. Helse Bergen meiner at unntak frå kravet om minimum tid til undersøking bør behaldast, dvs. at kravet kan fråvikast når «pasienten gjennom tidlegare behandlingssopphald er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlinga». Når det gjelder nye pasientar støttar Helse Bergen forslaget om minimum 6 døgn observasjonstid.

Helse Fonna har kommentert punkta til høyringsforslaget, og er ueinig i mellom anna:

- Helse Fonna støttar ikkje forslag om å rådføre seg med anna kvalifisert helsepersonell før det blir fatta vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Helse Fonna peiker på at det blir for inkonsekvent at den ein skal rådføre seg med ikkje treng vedtakskompetanse i nokon situasjonar, mens det trengs i andre situasjonar. Dei set og spørsmålsteikn til korleis ein kan sikre at personell med spesiell opplæring er tilgjengelig. Helse Fonna meiner at punktet bør tas bort.

Høyringsuttala frå Helse Bergen og Helse Fonna ligg ved.

## **Forslag uttale**

Helse Vest vil uttrykke tilfredshet med høyringsforslaget, som tar sikte på å auke sjølvråderetten og rettstryggleiken for menneskjer med psykiske lidningar. Forslaget er i tråd med sentrale føringar.

For å styrkje pasientane sin sjølvråderett er det føreslått at tvungent vern berre skal kunne gjennomførast dersom pasienten manglar beslutningskompetanse. Dette gir ein rett for personar som har beslutningskompetanse til å nekte å ta imot tilbod frå psykisk helsevern, sjølv om dei har ein alvorleg psykisk lidning og blir vurdert til å ha behov for behandling.

Helse Vest RHF støttar forslaget, og vil peike på at vurdering av om pasienten har beslutningskompetanse krev særleg opplæring og erfaring.

Utvalet foreslår å innføre krav om antatt samtykke når bakgrunnen for det tvungne vernet er pasientens behov for behandling. Helse Vest meiner at eit slikt krav i utgangspunktet er riktig ut frå omsynet til pasienten si sjølvråderett. Helse Vest vil likevel peike på at det kan vere problematisk at dei pasientane som er i behov av behandling, ikkje får eit slikt tilbod, på grunn av at ein ikkje kan leggje til grunn antatt samtykke når ein kjenner pasienten si haldning til tidlegare behandling. Fagmiljø i regionen peikar på at eit slikt absolutt krav kan få store konsekvensar for ein stor del pasientar som ikkje vil kunne få hjelp dersom eit slikt krav om antatt samtykke skal gjelde.

Helse Vest støttar lovforslaget om å vidareføre hovudvilkåret om at pasienten må ha ein alvorleg sinnsliding for at det skal kunne etablerast tvungen psykisk helsevern slik det er i dag. Å fjerne hovudvilkåret vil ifølgje utvalet innebære risiko for meir bruk av tvang overfor personar med personlegdomsforstyrningar og åtferdsavvik.

Helse Vest vil også peike på at tvangsbehandling er eit alvorleg inngrep for pasienten, og støttar forslaget om å skjerpe krava til grunngevinga for vedtak om tvangsbehandling, og krav om at den fagleg ansvarlege skal konferere med anna kvalifisert helsepersonell før vedtak blir fatta.

Utvalet foreslår å utvide den obligatoriske observasjonstida før vedtak om tvangsmedisinering kan fattast, frå tre til 6 dagar. Helse Vest støttar forslaget om at ein kan fråvike kravet, men ønskjer likevel å presisere viktigheita med tvangsbehandlingsforskrifta § 5 som seier: « Ved vedtak om behandling med legemidlar kan undersøkingstida ikkje blir sett til mindre enn tre døgn (nå forslag om 6 døgn), med mindre pasienten ved utsetting vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidigare behandlingssopphald er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlinga».

## **Konklusjon**

Helse Vest RHF støttar i hovudsak utvalets tilrådingar.