

## Uttale i frå Klinikk for Psykisk Helsevern Helse Fonna NOU Økt selvbestemmelse og økt rettsikkerhet.

Kommentarer til Utkastet til lovforslag

I : Forslaget til endringer i lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter støttes de foreslåtte endringane, i hovedsak gjelder dette overgang til bruk av begrepet *beslutningskompetanse*. Det bemerkes forøvrig at innføring av krav til vurdering av beslutningskompetanse kompliserer vurderingen av etablering av observasjon og tvungent psykisk helsevern, forslaget innebærer vurdering av langt flere parametre enn begrepet sykdomsinnsikt som benyttes i dag.

II : Forslaget til endringer i lov av 2 juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: Forslaget til endringar av § 1-1, § 1-2 andre og tredje ledd, §2-1, ny §2-2 , ny § 2-3, ny § 2-4, ny § 2-5 støttes og vurderes som forbedringer i forhold til gjeldene rett.

Kommentar frå Klinikkpsykolog Heine Hagenberg: Kommentar til ny §1-2 "Det er ikke tvang dersom motstanden lar seg overvinne gjennom overtalelse eller lignende påvirkningsformer som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker". Intensjonen her er at det ikke skal være trussler. Det er mye forskningsmessig belegg for å anta at trussler får alvorlige konsekvenser for pasientens opplevelser - jeg synes da også det kan være eksplisitt i loven noe om dette mer enn en slik vag bemerkning. Jeg mener da man må få dette frem enda tydeligere i loven, kanskje gjennom formulering noe i retning av følgende: "*Det er ikke tvang dersom motstand lar seg overvinne gjennom samtale for å informere pasienten om helsehjelpen og motivere til å ta imot denne. Tilstedeværelse av negativt press i form av trussler om tap av aktuelle eller fremtidige goder, eller fremtidig tvangsbruk, vil medføre at et tiltak ikke kan anses som frivillig*". Det er svært godt belegg for at positivt press har en annen konsekvens enn negativt press, hvor kun sistnevnte oppleves som en tvangsuttøvelse når det kommer fra helsepersonell. Jeg synes dette er så godt etablert at man også i lovverket som skal regulere tvangsbruk må ta hensyn til slike opplevelsesaspekter.

Nytt kapittel 3 om Undersøkelse og begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, støttes slik formulert i forslaget.

Kapittel 4 Etablering, opphør og opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern.

§ 4-1 Vilkår for oppretting av tvungen observasjon: De samlede foreslåtte endringene vurderes å utgjøre en forbedring i forhold til gjeldene rett i sær når det gjelder suicidfare , når det nå foreslås å ikke kreve sannsynlighet for at forekommer alvorlig psykisk sykdom eller krav om at pasienten ikke har manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon. At observasjonstiden ved suicidfare utan alvorlig psykisk lidelse er begrenset til 3 dager virker rimelig i forhold til inngrepets art, men legger press på avdelingenes effektivitet i forhold til utredning og behandling i denne korte perioden uavhengig av "røde dager".

Ny § 4-2 Vilkår for vedtak om tvungen psykisk helsevern ved behandlingsbehov:

Vi støtter at "behandlingskriteriet" foreslås opprettholdt, men vil peke på mulige uheldige konsekvenser av at kravet om manglende beslutningskompetanse og krav til vurdering av sannsynligheten for at pasienten ville samtykket dersom vedkommende hadde beslutningskompetanse, i større grad ivaretar personer med lidelser med episodiske forløp der kognitive evner og personligheten er mindre endret av langvarige symptomer enn ved f. eks schizofreni med tidlig debut. Særlig pasienter med kroniske paranoide lidelser vil kunne falle

utenfor muligheten til behandling på grunn av at de paranoide symptomene i seg selv kan bidra til pasientens motstand mot medikamentell behandling samtidig som disse pasientene ofte konsistent uttrykker motstand mot medikamentell behandling til tross for at mange ubehandlet isolerer seg med økende symptomnivå som konsekvens. Da vil det ofte være vanskelig å nå pasienten med miljørettede tiltak. Paradoksalt nok er ofte medikamentell terapi en forutsetning for gjennomføring av andre terapiformer hos kronisk paranoid psykotiske pasienter. Det er sannsynlig at denne innsnevringen i forhold til behandlingkriteriet vil dreie vedtakene over mot større bruk av farekriteriet, både på grunn av endret vurderingspraksis og fordi paranoide psykotiske symptomer er forbundet med økt voldsrisiko.

Ny § 4-2 og § 4-3: Ingen kommentarer utover at forslaget støttes.

Nt § 4-5: Punktet med plikten om å rådføre seg med annet *kvalifisert personell* bør tas bort. Den Nasjonale høringsgruppen konkluderer med at det blir for resurskrevende med krav om at det andre *kvalifiserte personale* skal ha vedtakskompetanse. I kapittel 19 står det: Dersom den vedtakskompetente er psykolog vil rådføringsplikten i praksis bli ivaretatt gjennom den andre legeundersøkelsen som skal utføres i henhold til §§ 4-1 første ledd nr. 2, 4-2 nr. 2 og 4-3 siste setning (gjeldende lovs § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2). Dersom den faglig ansvarlige er lege, vil rådføringsplikten med annet kvalifisert helsepersonell ikke kreve at den andre er vedtakskompetent. Etter utvalgets vurdering vil et krav om vedtakskompetanse kunne bli for ressurskrevende. Annet kvalifisert helsepersonell vil derfor kunne være høyskoleutdannende med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helsepersonell med lang erfaring innen psykisk helsefeltet, helsepersonell med god kjennskap til pasienten og vedkommendes situasjon, osv.

Dette er inkonsekvent og utydelig. Hvorfor kan den vedtakskompetente psykologspesialister rådføre seg med den ene legen mens den vedtakskompetente overlegen kan rådføre seg med høyskoleutdannet (som ikke har selvstendig diagnostisk kompetanse og derfor ikke alene kan ta stilling til hovedkriteriet?) Kva skal det rådføres om? Gjelder dette deler av vilkårene for tvang eller helhetsvurderingen? Kva med dissens? Hvordan sikre at det er personale tilgjengelig som har fått spesiell opplæring i anvendelse av psykisk helsevernlovens nye kapittel 4? Skal det andre helsepersonalet undersøke pasienten selv eller må vedkommende basere seg på fremstillingen fra den vedtakskompetente? Når det gjelder harmonisering i forhold til Pasientrettighetslovens kapittel 4 A der det også er krav til rådføring med annet personale er dette lite sammenliknbare situasjoner siden vedtak etter PRL kapittel 4 A gjøres svært sjelden, mens vedtakskompetente i det psykiske helsevernet gjør paragrafvurderinger svært ofte, i tillegg til at loven allerede stiller krav til at pasienten skal være undersøkt av 2 leger.

Øvrige endringsforslag frå ny § 4-6 t.o.m. endringane i kapittel 8 vurderes som forbedringer i forhold til gjeldende rett.

Valen 15.11.11

Tone Elise Gjøtterud Henriksen  
Klinikkoverlege

Heine Hagenberg  
Klinikkpsykolog