HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Mottatt HV RHF
23 NOV 2011

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler	Bergen,
2011/378 – 3571/2011	2011/4141	Gry Kolås, tlf. 55974787	21.11.2011

Høring- NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Høringen er forelagt både Psykiatrisk divisjon og Klinisk etikkomitè (KEK) i Helse Bergen HF. I det følgende er merknader fra KEK særskilt uthevet.

Generelt om utredningen fra KEK:
"Generelt vil KEK uttrykke tilfredshet med høringsutkastets forslag som tar sikte på å styrke rettssikkerheten og retten til medbestemmelse for pasienter med psykiske lidelser. Forslaget er i hovedsak i tråd med sentrale etiske prinsipper og kan bidra til en positiv utvikling som er særlig nødvendig innen fagfeltet psykisk helse.

Vi ser likevel at noen av forslagene, og særlig om alle implementeres samtidig, kan medføre en byråkratisering av tjenestene og tiltak rundt pasienten. Byråkratiske barrierer kan i seg selv tenkes å gi et vern mot misbruk, men kan også ha høye kostnader i forhold til tid brukt på direkte pasientrettet arbeid."

I. Om kompetansebasert modell i vilkår for tvungent psykisk helsevern (TPH)

Kommentar fra KEK:
"KEK stiller seg positive til forslaget om å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern. Dette vil særlig være nyttig i forhold til langtidsbehandling. Tvungent vern skal bare kunne gjennomføres dersom pasienten mangler beslutningskompetanse. Dette er i tråd med etisk tenking ellers i helsetjenesten hvor retten til medbestemmelse står sterkt og som en hovedregel. Manglende beslutningskompetanse gir bare grunnlag for unntak fra hovedregelen. Vi vil tilføye at vurdering av samtykke- eller beslutnings-kompetanse krever opplæring og erfaring, og at slik opplæring bør sikres gjennom forskrift eller annen forordning."

Helse Bergen HF har i tillegg følgende synspunkter til innholdet i den foreslåtte modell:

<u>Fravær av **beslutningskompetanse** som vilkår for tvang</u>
Når vurdering av TPH har utgangspunkt i pasientens behov for behandling, foreslås det at slikt vern bare skal kunne gjennomføres dersom pasienten mangler beslutningskompetanse. Dette begrepet foreslås å erstatte dagens begrep "samtykkekompetanse" i pasientrettighets-loven for å tydeliggjøre at dette også innbefatter evne (kompetanse) til å nekte behandling. Det er foreslått endring i § 4-3 i pasientrettighetsloven som inneholder de ulike alternative kriterier for når det kan foreligge mangel på beslutningskompetanse.

Besøksadresse: Jonas Lies vei 65, 5021 Bergen
Postadresse: Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen
Telefon: 05300 – Telefaks: 55974785 – E-post: postmottak@helse-bergen.no – Org. nr.: 983974724

Helse Bergen HF mener det er positivt med en harmonisering av reglene innenfor somatikk og psykiatri når det gjelder samtykke-/beslutningskompetanse. Vi er av den oppfatning at den foreslåtte endring i pasientrettighetsloven § 4-3 bidrar til å klargjøre hvilke momenter som skal vurderes, og at bestemmelsen derfor vil være lettere å forstå og praktisere for helsepersonell enn dagens regel. Vi støtter også oppheving av dagens diagnosetilknytning, da det er funksjonstapet og ikke diagnosen som er det sentrale.

For å understreke sammenhengen mellom tvangsvedtak i psykiatrien og grunnlaget for manglende beslutningskompetanse, vil vi imidlertid foreslå at det også bør være et krav at det i slike vedtak skal vises til den/de aktuelle bortfalls-kriterier i pasientrettighetsloven § 4-3.

Vi er noe i tvil om foreslåtte endring i *realiteten* vil innebære vesentlige endringer i forhold til dagens praksis og forståelse av begrepet *manglende sykdomsinnsikt,* jf særlig forslaget til ny § 4-3, bokstav c) i pasientrettighetsloven. Oppsummert mener vi likevel at den foreslåtte endring, herunder forslag til endring av pasientrettighetsloven § 4-3, er klargjørende. Forslaget støttes.

Krav om **antatt samtykke**
Det foreslås også innført et krav om antatt samtykke når TPH vurderes nødvendig ut fra pasientens behov for behandling. Dette innebærer at det må sannsynliggjøres at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen i beslutningskompetent tilstand.

Dette forslaget er også delvis begrunnet i ønsket om harmonisering av reglene i somatikken og psykiatrien da et antatt samtykke-krav allerede følger av pasientrettighetsloven, se for eksempel § 4-6 og § 4A-5.

Helse Bergen finner denne del av den foreslåtte modellen er problematisk. Vi mener det er en prinsipiell forskjell mellom et slikt krav i forbindelse med somatisk helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade og psykiatrisk helsehjelp. Begrunnelsen er at det i forhold til en stor andel av de pasienter som trenger TPH, aldri vil være mulig å legge til grunn et antatt samtykke fordi vi er vel kjent med pasientens holdning til tvang gjennom langvarig oppfølging og tidligere bruk av tvang. Et slikt absolutt krav vil derfor, slik vi ser det, få store konsekvenser i forhold til at en stor andel pasienter som vi mener ville ha nytte av behandlingen, ikke vil kunne få det. Forslaget støttes ikke.

TPH ved fare for andres liv eller helse
Vi har merket oss at de to ovennevnte krav *ikke* skal gjelde når TPH etableres fordi pasienten utgjør en fare for andres liv eller helse. Utvalget mener at bruk av TPH som ledd i samfunnets behov for å beskytte andre menneskers liv og helse, bør vurderes adskilt fra de vurderinger som gjøres ut fra behandlingsbehov. De har derfor foreslått en egen bestemmelse om vilkår for vedtak om TPH på grunnlag av fare for andre. I slike tilfeller gjelder ikke krav om manglende beslutningskompetanse, antatt samtykke og krav til at dette er klart beste løsning for pasienten, her er det samfunnets behov for beskyttelse som veier tyngst.

Helse Bergen støtter forslaget til regulering av tvang i slike tilfeller.

Kortvarig tvungen observasjon ved selvmordsfare
Det foreslås en ny hjemmel for tvungen observasjon i inntil 3 dager ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko. I disse tilfeller gjøres unntak

fra hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse og krav om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke. Bestemmelsen åpner for tvungen observasjon av bla personer med dyp depresjon, alvorlig personlighets-forstyrrelse eller som er i akutte livskriser.

Kommentar fra KEK:
"KEK mener at dette forslaget vil styrke behandlingstilbudet til alvorlig suicidale pasienter. Den etiske forpliktelsen om å forhindre selvmord må tas alvorlig, og da må lovverk og praksis innrettes slik at det støtter og ikke motvirker denne forpliktelsen. Dette alternativet er bedre enn bruk av nødrettsparagrafen – slik det ofte skjer i dag. Det er likevel viktig at tvungen kortvarig observasjon bare gjennomføres dersom hensynet til vedkommendes integritet og nytten av tiltaket er nøye avveid.

Vi vil også påpeke at pasienter med rusproblemer, der det framsettes selvmordstrusler, eller der det er usikkerhet om psykisk tilstand på grunn av aktiv rus, vil lettere kunne tvangsinnlegges i psykisk helsevern etter endringen som er drøftet her. Dette kan være gunstig for denne pasientgruppen."

Helse Bergen er enig med KEK i at dette vil være en hjemmel som vil kunne bidra til å forebygge selvmord hos mennesker i akutte kriser. En slik mulighet har i mange tilfeller vært et savn. Forslaget støttes.

II. Merknader til øvrige forslag om endringer i psykisk helsevernloven

<u>Avgrensning mot tvungent psykisk helsevern – Tilføyelse til § 1-2</u>
Det er foreslått følgende tilføyelse i bestemmelsens annet og tredje ledd:
"Det er ikke tvang dersom motstanden lar seg overvinne gjennom overtalelse eller lignende påvirkningsformer som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker."

Kommentar fra KEK:
"Forslaget til ny definisjon er akseptabelt etter KEK sitt syn. Den innebærer en oppmykning i retning av å tillate overtalelse eller annen påvirkning, noe som prinsipielt kan være problematisk, men som ut fra erfaring ofte aksepteres og kan gi rom for praktiske løsninger i vanskelige situasjoner."

Helse Bergen slutter seg til at en slik presisering tas inn i lovteksten. Det bør imidlertid gis flere eksempler i den utfyllende merknaden til bestemmelsen enn det som er gitt her (At trussel om tvang dersom pasienten ikke lystrer, er å anse som tvang). Særlig fordi det vises til *"og andre lignende påvirkningsformer"*, bør disse være eksemplifisert.

<u>Språklig endring av hovedvilkår fra "alvorlig sinnslidelse" til "alvorlig psykisk lidelse"</u>
Innebærer ingen endring i innholdet slik dette rettslige begrepet er utviklet gjennom rettspraksis. Forslaget støttes.

<u>Endring i krav til begrunnelse i vedtak om TPH og vedtak om tvangsbehandling</u>
- Om kravet til antatt samtykke – se generell merknad foran

Til ny § 4-5 bokstav c):
- Vi mener at begrepet *varig skade* må endres til bare *skade.*
  Konsekvenser av vedtak om TPH vil være forskjellige fra person til person, og på

vedtakstidspunktet vil det være nærmest umulig å ha en oppfatning av mulig skade av et slikt omfang som her angitt

Til ny § 5-5 bokstav e):

- Vi mener det er tilstrekkelig å redegjøre for forventede bivirkninger. De legemidler som benyttes innebærer som hovedregel ikke slik risiko at det kan angis risiko for varig skade, bør tas ut.

Til ny § 5-5 bokstav g):

- Kravet bør tas ut, slik vurdering hører hjemme ved vurdering av etablering og opprettholdelse av selve tvangsvedtaket (TPH)

<u>Obligatorisk observasjonstid før vedtak om tvangsmedisinering foreslås forlenget fra tre til seks døgn</u>
Unntak gjelder dersom pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade.

Helse Bergen mener at også det andre unntaket fra kravet om minimum undersøkelsetid bør beholdes, dvs at kravet kan fravikes når *"pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen"*. Begrunnelse: Absolutt krav om seks døgns observasjonstid vil kunne innebære en unødvendig stor belastning for de pasienter der man har erfaring med at tilstanden raskt vil kunne bedres ved adekvat medisinering.

Når det gjelder nye pasienter, støttes forslaget om minimum 6 døgns observasjonstid.

<u>Krav om vedtak ved alle innleggelser der pasienten mangler beslutningskompetanse men ikke motsetter seg helsehjelpen.</u>
Begrunnelsen er at denne pasientgruppen ikke lenger skal "sluses" inn under reglene om tvungent psykisk helsevern. Derimot skal denne gruppen defineres som frivillig innlagt, men ha krav på de samme rettssikkerhetsmekanismer som gjelder ved TPH. De materielle vilkår er mindre strenge enn for tvungent vern, men saksbehandlings- og kontrollordninger skal være tilsvarende som ved tvungent vern av hensyn til pasientenes rettssikkerhet. Det er presisert at Kontrollkommisjonen skal føre tilsyn med at vernet reelt er frivillig.

Forslaget støttes.

<u>Ny bestemmelse om TPH overfor eldre med aldersdemens.</u>
Foreslått som en utvidelse av ordningen med tvungent vern uten døgnopphold slik at pasienter med aldersdemens skal kunne behandles med tvang for sine psykiske lidelser i kommunale sykehjem eller boformer med heldøgns omsorg og pleie.

Helse Bergen er enig i at dette vil være en bedre løsning enn at pleietrengende eldre må transporteres til poliklinikk eller sykehus for nødvendig tvangsbehandling. Forslaget støttes.

<u>Forslag om krav om vedtak for *alle* legeundersøkelser som skal avklare om vilkår for TPH er oppfylt</u>
Dette innebærer en utvidelse av dagens ordning der det bare er i de tilfeller der *"vedkommende unndrar seg slik undersøkelse"* at det skal fattes vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Helse Bergen mener at dette er en unødvendig byråkratisering uten nevneverdig rettsikkerhetsmessig gevinst for pasienten. Forslaget støttes ikke.

Forslag om at pasienten gis rett til tre timers gratis advokatbistand etter rettshjelpsloven i forbindelse med *etablering* av TPH
Dette er ment som et tillegg til den retten pasienten har til å få bistand av advokat ved behandling av klage for Kontrollkommisjonen.

Helse Bergen kan ikke se at det er nærmere beskrevet hvordan dette tenkes gjennomført rent praktisk, og vi er i tvil om dette egentlig vil være formålstjenlig i en situasjon der en skal søke å oppnå et samarbeid med pasienten om behandlingen. Vi er redd for at en slik ordning vil kunne forverre samarbeidsklimaet mellom pasienten og behandler/institusjonen. Forslaget støttes ikke.

Forslag om at den faglig ansvarlige skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell før det treffes vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Forslaget støttes.

Forslag om å oppheve klageretten på beslutninger om *ikke* å bruke tvang
Slike beslutninger skal ikke lenger regnes som enkeltvedtak som kan påklages. Pårørende og offentlig myndighet som har begjært tvungen observasjon eller TPH, skal i stedet gis anledning til å be om en ny vurdering av annet vedtakskompetent helsepersonell. Slik vurdering må foreligge innen 24 timer etter den første spesialistvurderingen.

Helse Bergen støtter forslaget om å oppheve klageadgangen på nevnte vedtak, da dette er et forslag som styrker pasientens rettssikkerhet.

Vi er mer i tvil om forslaget om ny vurdering av annet vedtakskompetent personell da vi ser at en slik ordning vil kunne ha uheldige behandlingsmessige og ressursmessige implikasjoner.

Forslag om at dersom det ikke klages på vedtak om TPH, skal Kontrollkommisjonen av eget tiltak kontrollere vedtaket etter fire uker (mot 3 mnd i dag). Kontrollkommisjonen skal samtidig kontrollere at det foreligger individuell plan (IP) for pasienten.

Helse Bergen støtter forslaget om forkorting av perioden før kommisjonens lovpålagte kontroll.

Vi støtter *ikke* videreføring av bestemmelsen om samtidig kontroll med at pasienten har IP. Ansvaret for utarbeiding av IP vil etter ikrafttredelse av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2012 ligge på kommunalt nivå. De pasienter som ikke har IP fra før, vil da som regel heller ikke ha fått IP etter 4 ukers TPH i psykiatrien. Det understrekes dessuten at IP også for psykiatriske pasienter bare skal utarbeides ved samtykke fra pasienten. Kontrollkommisjonens kontroll av dette har således etter vår oppfatning ikke noe fornuftig formål. Det som imidlertid kunne vært formålstjenlig, var et krav om at Kontrollkommisjonen skal kontrollere at det er utarbeidet en *behandlingsplan* for pasienten.

Forslag om at Kontrollkommisjonen skal samtykke til forlengelse av TPH hver tredje måned (mot ett år i dag)

Helse Bergen er enig i at perioden kan forkortes, men da ikke mer enn til et halvt år (6 mnd). Vi mener at det å fremme sak til full høring for Kontrollkommisjonen så ofte som foreslått, vil kunne ha uheldige behandlingsmessige implikasjoner. Utvalgets forslag støttes derfor ikke.

Forslag om lovpålagt evalueringssamtale med pasienten etter bruk av tvang
Det foreslås en tilføyelse i bestemmelsen om personlig integritet m.m. om at bruk av tvang og skjerming skal evalueres sammen med pasienten når tiltaket er opphørt. Pasienten skal tilbys en eller flere samtaler og pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.
Forslaget støttes.

Forslag om at bruk av tvangsmidler skal gjennomføres av to helsepersonell, hvorav det ene må ha autorisasjon etter lov om helsepersonell § 48.
Vi mener krav om kontinuerlig tilsyn av autorisert helsepersonell er unødvendig og vanskelig å realisere, det bør være tilstrekkelig med regelmessig tilsyn av autorisert helsepersonell. Tilstrekkelig opplæring/kompetanse hos alt personell som skal ha slike oppgaver, er her – som ellers – helt sentralt.

III. Kommentar til NOU kap. 3.2 og kap. 9 om behandling med medikamenter

Påstanden om at det foreligger en bred og begrunnet kritikk av langtidseffekten av antipsykotika er for bastant og lite nyansert. Antipsykotika er like effektivt som mange andre medikamenter som brukes i medisinen. I kontrollerte, randomiserte undersøkelser som danner grunnlag for mange meta-analyser, er pasientgrunnlaget kronikere som ofte vil delta i slike studier, men som ikke alltid reagerer så godt på medikasjon, - det er ofte et kriterium for inklusjon i en studie at pasientene har utilfredsstillende effekt av den behandling de får. Slike forhold reduserer forskjellen mellom placebo og aktiv medikasjon. Ser man på mer naturalistiske studier, er manglende etterlevelse av medikasjon et stort problem i vurderingen av medikamenteffekt. Litteratur om bakgrunnen for tilbakefall og gjeninnleggelse, fremhever opphør av medikasjon som en hovedårsak. En av de viktigste funksjoner av bruk av antipsykotika, er å sette pasienten i stand til å motta annen form for intervensjon, for eksempel psykososial, og det avgjørende vil være å få til en pasientoppfølging som maksimerer etterlevelse av medikasjon. En slik oppfølging der den terapeutiske allianse er sentral, vil også måtte inneholde andre tiltak enn de medikamentelle for å fungere.

Vi vil påpeke at ikke alle referansene er vurdert i tråd med kravene til kunnskapsbasert praksis. Som eksempel kan nevnes referanser i kapittel 9.2.3 "Sammenligninger av behandlingsresultat før og etter innføring av antipsykotika", der spesielt henvisningene i fotnote 16 synes tendensiøse.

Med hilsen

Stener Kvinnsland

Stener Kvinnsland
adm. direktør