

Dokumenttype	NOU 1988:8	Dokumentdato	1988-03-23
Tittel	Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke		
Utvalgsleder	Bernt, Jan Fridthjof		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Oppnevnt	1981-05-15	Sider	299
Note	Utvalget har tidligere avgitt en delinnstilling, NOU 1983:5		
Kapittel	1		
	Sammendrag av innstillingen		
	1.1 INNLEDNING		

Den innstilling som med dette legges fram, faller naturlig i to deler.

Den første del utgjøres av kapitlene 3-8. Her gjøres det rede for den historiske utvikling og dagens situasjon når det gjelder rettslige og ressursmessige rammebetingelser for det psykiske helsevern. I forlengelsen av dette presenteres utvalgets mer generelle synspunkter på de faglige og rettsikkerhetsmessige utfordringer dagens psykiske helsevern står overfor.

Deretter tas spørsmålet om innholdet av den rettslige regulering av det psykiske helsevern opp til bred drøftelse i kap.9. Dette munner ut i et forslag om en ny Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke i kap.12, og en kort redegjørelse for de forventede økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslaget i kap.10.

Kapittel 1 inneholder et sammendrag av innstillingens generelle del, kapitlene 3-8. I kapittel 2 vil det bli gitt en oversikt over lovforslaget og et sammendrag av de viktigste synspunkter dette bygger på.

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.2 KAPITTEL 3. UTVALGETS OPPNEVNING, MANDAT OG ARBEID

Utvalget ble oppnevnt ved Kongelig resolusjon 15.mai 1981. Det har tidligere avgitt en delinnstilling, NOU 1983:5 "Asylsuvereniteten" og vært høringsinstans i forbindelse med vedtagelsen av nye tvangsmedisineringsforskrifter. Den opprinnelige formann trakk seg fra vervet av personlige grunner i februar 1984 og professor Jan Fridthjof Bernt ble oppnevnt som ny formann 28.mars s.å.

Utvalget har i sitt arbeid hatt kontakt og møter med utvalget som har utredet omsorgen for psykisk utviklingshemmede (Lossius-utvalget), og med utvalget for særreaksjoner i strafferetten (Rieber-Mohn-utvalget).

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.3 KAPITTEL 4. BAKGRUNN FOR REFORMEN

Utvalget legger fram et utkast til ny lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Dette innebærer en ganske omfattende reform av det rettslige grunnlag for det tvungne psykiske helsevern. Utkastet representerer

imidlertid ikke noe drastisk brudd med hovedprinsippene i dagens rettsregler, men tar sikte på å bøte på det man ser som større eller mindre svakheter i dagens regler om de materielle vilkår for tvangsmessige inngrep, og om saksbehandling ved og kontroll av slike vedtak.

Utvalget mener også at tiden nå er inne for å gå et skritt videre med hensyn til å sikre tvangsinnlagte pasienter et skikkelig behandlingsmessig og forpleiningsmessig tilbud, og foreslår derfor lovfestet regler om dette.

Utkastet bygger på det grunnsyn at det er ønskelig å redusere det psykiske helseverns karakter av særomsorg så mye som mulig. Dette er bakgrunnen for at det foreslåtte utkast regulerer spørsmål som knytter seg til bruk av tvang, og enkelte nær beslektede problemstillinger. Som en konsekvens av dette er utkastet pasientorientert; det er pasientens rettsstilling som er emne for den foreslåtte lov. Generelle organisatoriske og økonomiske spørsmål forutsettes regulert i den alminnelige helselovgivning, i dag i første rekke Sykehusloven og Kommunehelsetjenesteloven.

I kapittel 4 gjøres videre kort rede for den alminnelige rettssikkerhetsdebatt. Utvalget fremhever betydningen av at spørsmål som angår pasienters rettssikkerhet blir regulert ved enkle og lett forståelige regler. Dette er viktig både for den enkelte pasient og for helsepersonalet, som er nødt til å ta stilling til de aktuelle tvilsspørsmål etterhvert som de oppstår.

I forlengelsen av dette tas opp spørsmålet om materielle pasientrettigheter. Utvalget foreslår at det psykiske helsevern skal ha rettslig plikt til å gi pasienter som oppfyller lovens vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, et forsvarlig behandlings- og omsorgstilbud, og et flertall foreslår også lovfestet visse minimumskrav til den behandlingsmessige og materielle standard som tilbys denne pasientgruppe.

Det gis også et overblikk over sentrale trekk ved den alminnelige offentlige debatt omkring psykiatrien de senere år, og i et eget avsnitt omtales Reitgjerdet-saken og den offentlige debatt i kjølvannet av denne. Utvalget finner at det må være riktig å styrke den psykiatriske pasients rettsstilling både ved et mer utbygget og konsekvent sett av regler om partsrettigheter, og ved regler om automatisk kontroll og overprøving for å avhjelpe rettssikkerhetsproblemene for den store gruppe pasienter som ikke har de mentale ressurser til å ivareta sine egne interesser på en tilfredsstillende måte.

Utkastet legger også opp til utvidet tverrfaglighet. Dette kommer til uttrykk ved at lovutkastet som hovedregel unngår å binde beslutningsmyndighet til en bestemt profesjon, og i stedet i flere sammenhenger bruker betegnelsen "den faglig ansvarlige", dog uten at det med dette tas nærmere standpunkt til hva som er den optimale organisasjonsmessige modell og fordeling av oppgaver profesjonelle i mellom.

Tanken om tverrfaglighet kommer særlig klart til uttrykk i forslaget om at vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern mot pasientens protest, eller om avslag på begjæring om utskrivning, skal treffes av en inntaks- og utskrivningsnemnd som normalt skal bestå av en overlege, en ledende psykolog og en avdelingssykepleier. To av utvalgets medlemmer dissenterer på dette forslaget, men slutter seg ellers prinsipielt til tanken om tverrfaglighet.

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.4 KAPITTEL 5. PSYKISK HELSEVERN I DAG.

TVANG INNEN PSYKISK HELSEVERN

I kapittel 5 gis først en redegjørelse for dagens psykiske helsevern; det faglige grunnlag, hovedtypene av psykiske lidelser og målgruppene for

det psykiske helsevern, samt utbyggingstakt og personellmessige og andre ressursmessige problemer. Med utgangspunkt i dette utvikles synspunkter på den ønskelige utvikling av det psykiske helsevern. Det fremholdes her at det er skjedd store forandringer både i sykdomspanorama og behandlingsmuligheter siden den forrige lovkomite la fram sin innstilling i 1955. Dette tilsier på den ene side ny gjennomtenkning av flere av de organisatoriske og faglige forutsetninger som er lagt til grunn i dagens regelverk, og på den annen at man er varsom med å prøve å binde den fremtidige utvikling til bestemte faglige og organisasjonsmessige forutsetninger.

Etter utvalgets oppfatning er det imidlertid klart at det vil være nødvendig å legge økt vekt på tiltak for å opprettholde og forsterke det faglige nivå hos personalet, og på å bedre rekrutteringen til psykiatrien. Både av ressursmessige, rekrutteringsmessige og faglige grunner er det også ønskelig å legge forholdene til rette for økt samarbeid med den øvrige helsetjeneste, bl.a. ved å forsterke utbyggingen av psykiatriske avdelinger administrativt og faglig tilknyttet alminnelige sykehus.

Når det ellers gjelder den fremtidige organisering av psykiatrien, vil utvalget for det første fremheve behovet for å få utbygd et nettverk av psykiatriske poliklinikker med så store ressurser at de blir i stand til å gi et tilstrekkelig undersøkelses- og behandlingstilbud til lokalområder av relativt beskjedent størrelse. De psykiatriske sykehus og sykehusavdelinger vil imidlertid fortsatt måtte spille en sentral rolle, både for akuttmottak og for langtidspasienter.

Her kommer imidlertid også de alternative bo- og behandlingssentra inn i bildet. Dette omfatter i første rekke psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, langtidspensjonat, bokollektiver, vernet boliger samt dagsentra. Alle disse alternativene forutsetter en eksisterende lokal psykiatrisk poliklinikk, som vil fungere som faglig nerve og koordinator.

Utvalget fremhever som et hovedsynspunkt at hjelpen som regel virker best når den gis i naturlig tilknytning til pasientens vanlige livssituasjon og miljø. Det er derfor svært viktig at kommunehelsetjenesten blir bedre i stand til å forebygge og behandle psykiske lidelser. Langt den største del av behovet for hjelp ved psykiske lidelser bør kunne dekkes gjennom de primære helse- og sosialtjenester. Her vil kommunene med fordel kunne trekke inn psykologisk ekspertise, ikke minst i det forebyggende arbeid.

En forutsetning for at primærhelsetjenesten skal kunne løse disse oppgaver på en tilfredsstillende måte, er imidlertid at psykiatrien føler ansvar for og er i stand til å imøtekomme behovet for rådgivning, støtte og hjelp til primærhelsetjenesten ved behandling og omsorg av denne pasientgruppe.

Utvalget foreslår at også alderdomssløve personer plassert i institusjoner utenfor det psykiske helsevern må komme inn under de rettsikkerhetsgarantier som er foreslått i lovutkastet. Det gis i denne forbindelse en oversikt over denne pasientgruppen og det omsorgsapparat som står til rådighet for denne. Det var i 1985 29.500 pasienter i døgnplasser i alminnelige (somatiske) sykehjem. Utvalget antar at ca. 50% av disse lider av betydelig alderdomssløvhed. I psykiatriske sykehus hadde ca. 10% diagnosen aldersdemens i 1984, i psykiatriske sykehjem var andelen 25%. Utvalget peker på at det også ved de ca. 15.000 aldershjems plassene en har i dag, er et ikke lite antall beboere som er relativt skrøpelige og omsorgstrengende.

Bruken av skjermede avsnitt ved de alminnelige sykehjem omtales kort, idet det bemerkes at de erfaringer som er gjort tyder på at så mange som 20% av pasientene ved disse institusjonene vil kunne ha behov for denne type omsorg. Samtidig understrekes det imidlertid at forutsetningen for at pasientene skal ha nytte av et slikt tilbud, er at dette skjer i små behandlingssenheter med rolige og oversiktlige forhold, og med mulighet for god stimulering og kontakt med et relativt begrenset antall omsorgspersoner.

I kapittel 5 gis videre en redegjørelse for den medisinske begrunnelse for bruk av tvang i psykiatrien og en oversikt over de tilstander eller typer av adferd som gir grunnlag for tvangsinngrep med hjemmel i helselovgivningen. I denne forbindelse omtales et spørsmål som utvalget vender tilbake til i forbindelse med lovutkastet; hvorvidt lovens grunnvilkår "alvorlig sinnslidelse" også skal kunne omfatte tilstander hvor

det er tale om personer med store psykiske problemer og liten evne til å vurdere sin egen situasjon realistisk, men som ikke kan anses som psykotiske i klinisk forstand. Et flertall i utvalget mener at det her må være rom for å trekke enkelte sjeldent forekommende alvorlige psykiske lidelser inn under loven, selv om de ikke kan anses som psykoser. Mindretallet mener man bør begrense lovens tvangsfullmakter til de tilstander som etter dagens kliniske praksis anses å falle innenfor denne diagnosen.

I kapitlet reises også spørsmålet om hva som skal anses som "tvang". Det gjøres her rede for de innvendinger som er reist mot at man i dagens lov anvender en og samme type rettslige konstruksjon, "tvungent psykisk helsevern" på ganske ulike situasjoner. På den ene side har man pasienter som bevisst og aktivt protesterer mot behandling og omsorg, på den annen pasienter som på grunn av alder og skrøpeligheit ikke lenger er i stand til å gi uttrykk for noe eget standpunkt til spørsmålet. Utvalget finner til tross for dette at det fortsatt må være riktig å holde fast ved at det avgjørende kriterium er hvorvidt pasienten har gitt et informert samtykke, men har foreslått til dels ulike regler for saksbehandling og kontroll avhengig av hvorvidt pasienten protesterer eller forholder seg passiv.

Det gis også en tallmessig oversikt over utviklingen i bruken av tvungent psykisk helsevern og mulige årsaker til forandringer og geografiske ulikheter i dette. Videre gjøres det rede for tvangsmiddelbruk og tvangsbehandling av psykiatriske pasienter, omfang, årsaker og virkninger. Det foretas også en mer prinsipiell drøftelse av konsekvensene av tvangsbruk på behandlingsmuligheter og behandlere. Endelig gjøres det rede for någjeldende kontrollordninger i det psykiske helsevern, med kontrollkommisjonene som den sentrale rettssikkerhetsgaranti. Til tross for mange positive trekk ved denne ordningen, har det også knyttet seg til dels ganske betydelige problemer til kontrollkommisjonenes virksomhet, særlig med hensyn til at behandlingstiden for klagesaker gjennomgående har vært altfor lang. Gjennomsnitt for 4 undersøkte kontrollkommisjoner i tiden 1976-83 var 41,9 dagers behandlingstid fra klage ble fremsatt til vedtak forelå, innenfor en variasjonsbredde på 16,2 til 124 dagers gjennomsnitt for henholdsvis raskeste og langsomste kontrollkommisjon.

Til slutt i kapitlet gjøres rede for de særlige problemer som knytter seg til psykisk helsevern for barn og unge. Dette er en pasientgruppe som krever et sammensatt og tverrfaglig utrednings-, behandlings- og omsorgstilbud. Barne- og ungdomspsykiatrien er fortsatt for svakt utbygget på landsplan, og preges dessuten av en sterk konsentrasjon i Oslo-området. Alle fylker har imidlertid nå minst en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, og planer for videre utbygging foreligger. Det mest påtrengende problem mange steder er i dag behovet for institusjonsplasser for barn og unge. I tillegg er mangelen på fagfolk et betydelig problem i mange fylker.

Utvalget peker også på at det er behov for å samordne både de ulike barne- og ungdomspsykiatriske enhetene i hver fylkeskommune, og alle ulike tiltak for barn og ungdom. En slik samordning er nødvendig for planlegging, utvikling og prioritering av barne- og ungdomspsykiatriske tilbud. Utvalget slutter seg her til Sosiallovutvalgets forslag om at fylkeskommunen skal utarbeide en plan for hvordan den vil dekke aktuelle og fremtidige behov for institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere og av barn - herunder tatt i betraktning det tilbud som finnes i institusjoner under andre lover, og at denne planen skal godkjennes av departementet.

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.5 KAPITTEL 6. FRAMSTILLING AV GJELDENDE RETT

Det gis her en oversikt over ordningen for finansiering av og ansvar for det psykiske helsevern, og om rettsreglene for tvungent psykisk helsevern og tvang og restriksjoner overfor pasienten. I denne forbindelse gis det også en oversikt over hvilke typer pasienter og hvor mange som er tatt under tvang på grunnlag av de enkelte alternative tilleggsvilkår i loven. Det gis også en kort oversikt over reglene om saksbehandling og kontroll i lov om psykisk helsevern.

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.6 KAPITTEL 7. RETTSSTILLINGEN I ANDRE LAND

I dette kapitlet blir det gitt en kortfattet fremstilling av de viktigste rettsreglene om psykisk helsevern i Sverige, Danmark og Italia. I Sverige og Danmark er det lagt fram forslag til nye lover om det psykiske helsevern. Det er midlertid ennå usikkert hva disse forslagene vil føre fram til, og i fremstillingen er det gitt en oversikt både over gjeldende regler og over de nye forslagene.

Italia er trukket fram på grunn av utviklingen av "den italienske reformpsykiatri", eller de-institusjonaliseringsbølgen i Italia. Den italienske reformen er både en lovreform og en omfattende omorganisering av det psykiske helsevern. Et hovedtrekk ved den er at den tar sikte på å nedbygge de tradisjonelle psykiatriske stor-institusjoner og desentralisere den psykiatriske hjelpe- og omsorgstjeneste.

Som en innledning til omtalen av Danmark og Sverige gis en sammenlignende oversikt over viktige tallmessige og rettslige ulikheter mellom de tre land. Det er her tale om forskjeller som til dels lar seg forklare ved ulike kategoriseringer - typisk med hensyn til hva som oppfattes som tvang, men det er også nærliggende å anta at de til dels avspeiler ulikheter i sosiale og kulturelle tradisjoner, grunnleggende holdninger til psykisk sykdom, tiltroen til helsevesenet m.m.

Kapittel 1

Sammendrag av innstillingen

1.7 KAPITTEL 8. MENNESKERETTIGHETER I DET PSYKISKE HELSEVERN. ETISKE PRINSIPPER

I dette kapitlet påvises sammenhengen mellom debatten om rettssikkerheten i psykiatrien og reglene om menneskerettighetene, slik disse er kommet til uttrykk i flere konvensjoner og andre dokumenter.

Sentrale i denne forbindelse er Den europeiske menneskerettighetskonvensjon av 1950 og FN-konvensjonen av 1966 om sivile og politiske rettigheter, som begge inneholder bestemmelser av interesse for det tvungne psykiske helsevern, både med hensyn til minimumskrav til den behandling som gis, og med hensyn til krav til saksbehandling når vedtak om tvang treffes og mulighet for kontroll og overprøving.

Videre har Europarådet i 1983 vedtatt en særskilt rekommendasjon vedrørende tvangsinnlagte psykiatriske pasienter. Her fremheves bl.a. kravet om samtykke fra pasienten; tvangsinnleggelse ("involuntary placement") foreligger når vedkommende ikke selv har bedt om det ("the

placement not being at his own request"). Rekomendasjonen inneholder ellers bl.a. bestemmelser om krav til etisk og faglig standard, om vilkår for innskrenkninger i pasientens frihet, om vern mot overføring til annen institusjon mot eget ønske, og om at vedtak om tvungent psykisk helsevern skal være tidsbegrenset ("be examined at regular intervals").

Også flere andre resolusjoner, erklæringer og rekomendasjoner om menneskerettslige problemstillinger omtales.

I forlengelsen av dette tas opp spørsmålet om profesjons-etiske krav til psykiatrien. Her omtales Hawaii-deklarasjonen og dens etiske krav til psykiatrien.
