

Endret lovverk, samtykkekompetanse, farekriteriet, tolkninger og praktisk håndtering

Randi Rosenqvist og Karl Henrik Melle

Veka 12. mars 2019

Psykisk helsevernloven

§ 1-1. Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet

Hva er nytt etter lovendringen?

Dette er første gang lovgiver har skrevet at det i seg selv « ... er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang».

Her og nå?

På sikt?

Hva skal måles som outcome?

Frivillighet

Livskvalitet

Symptomtyngde

Lidelsestrykk

Funksjonssvikt?

Hva finnes av empiri?

Sammenlignes epler og pærer?

Vanligvis sammenlignes tvang som kun er et middel med «frihet» som fremstilles som et mål.

Tvang som er en formell ramme for å kunne gripe inn i et enkeltindivids rettsstilling skilles som oftest ikke fra maktutøvelse som er et middel

§ 4-2. Vern om personlig integritet I

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.

Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Litt om hva som er nytt

§ 4-2. Vern om personlig integritet II

Bruk av følgende tiltak skal evalueres sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet:

1. skjerming som pasienten motsetter seg, jf. § 4-3,
2. undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4,
3. undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon etter § 4-6 første ledd og undersøkelse etter § 4A-4 andre og tredje ledd,
4. rusmiddeltesting uten pasientens samtykke, jf. § 4-7a andre ledd og
5. bruk av tvangsmidler, jf. § 4-8

Pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.

Det skal også tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn.

Hva er nytt?

Evalueringssamtale etter bruk av vedtak blir obligatorisk

Dette betyr at vi må journalføre bedre samtaler noe de fleste alltid har gjort

Begrunnet mistanke om

Vedtak kan fattes ved «begrunnet mistanke»

«Begrundet mistanke» innebærer et lavere krav om sannsynlighet. Du skal ha rett i 2-3 av 10 tilfeller. På samme nivå som bekymringsmelding til barnevern.

«Skjellig grunn» innebærer et krav om sannsynlighetsovervekt. Dette betyr at det må være mer enn 50 % sannsynlighet for at mistanken er korrekt.

(Uttalt av Aslak Syse)

Last ned (av og til) og ha lett tilgjengelig

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Sist oppdatert: 29.11.2017 IS-nummer: 1/2017

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

Harelabb rundt sentrale punkt og noen endringer

Men noe positivt må endringene ha medført?

At loven splittes opp 3-2 og 3-2a, 3-3 og 3-3a

Et tydeligere skille mellom vilkår og vedtak

Den vedtaksansvarlige må på en transparent måte vise at alle vilkår er gjennomgått

Betydelig økt rettssikkerhet

Mer detaljstyring gir mindre rom for «lokale skoler»

Hva er negativt?

Loven er så detaljert at den minner mer om en forskrift enn en lov

Farekriteriet er i praksis innført som hovedkriterium – trumfer alt

Innføring av samtykkekompetanse som selvstendig vilkår

For store krav til begrunnelse og dokumentasjon

Må være umulig å oppfylle for institusjoner med ØH-ansvar?

Helsedirektoratet har påtatt seg rollen som lovfortolker - har de kompetansen?

Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse I

Omhandles av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3

«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming **åpenbart** ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Loven sier ingenting om hvordan vurderingen skal gjøres men det har Høyesterett i HR-2018-2204-A.

Kortversjonen: HR vektlegger sykdomsinnsikt.

Hva legges i «åpenbart»: Mer enn sannsynlighetsovervekt, ikke «hevet over enhver tvil» som tidligere anført. (leder av kontrollkommisjonen for Østmarka, Advokat Roy Hedly Karlsen)

Samtykkekompetanse II

Kortversjon:

Evnen til å forstå informasjon relevant for en beslutning, samt evnen til å kunne anerkjenne de konsekvenser som rimelig kan forventes av en beslutning

Hdir har åpnet opp for ulik fortolkning av samtykkekompetanse mht. vedtak om tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven (phl.) § 3-3 og vedtak om behandling uten eget samtykke etter phl. § 4-4.

Vurdere samtykkekompetanse - FARV

Anbefalt:

Evnen til å **F**orstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.

Evnen til å **A**nerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse (innsikt!) og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene

Evnen til å **R**esonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene

Evnen til å uttrykke et **V**alg

Tegn på samtykkekompetanse

Påstand:

For å være samtykkekompetent bør denne evnen vises over tid, overfor ulike personer og valg, samt i ulike situasjoner med ulik grad av belastning.

Samtykkekompetanse før innleggelse

Det må være **åpenbart** for undersøkende lege at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Undersøkende lege vil imidlertid ha kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege.

I praksis: Åpner opp for at farekriteriet oftere kan bli brukt.

§ 3-2 Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

Fra merknader:

«Formålet med tvungen observasjon er å skaffe forsvarlig grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (§ 3-3). Det er ikke anledning til å benytte tvungen observasjon som hjemmelsgrunnlag for å holde tilbake pasienter som vurderes å ha behov for innleggelse (for eksempel på grunn av suicidalitet), dersom det ikke er overveiende sannsynlig at vilkårene er oppfylt.»

Så fotnote: «I denne sammenheng bemerkes at tilbakeholdelse i helt spesielle tilfeller vil kunne hjemles i nødrettslige betraktninger.»

Hvilken kompetanse har vedtaksansvarlige mellom å skille mellom straffeloven §17 og § 78 bokstav a jf. § 80?

§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse (...) for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. 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, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

(...)

Farevilkåret (farevurderinger)

Fra kommentarer til § 3-3, nr. 3 bokstav b:

«Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det vurderes å være årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet.»

Hvordan kan en i all verden vite om det er det?

Har lovgiver hørt om «pseudpsykopatisk schizofreni»?

Hvordan forholde seg til at enkelte blir farligere når de er bedre?

Farevilkåret fortsatt

Med «fare for liv» menes både fare for suicid og fare for livstruende voldshandlinger mot andre.

Med «fare for helse» menes i utgangspunktet både fare for fysisk og psykisk helse, men ved fare for pasientens egen psykiske helse vil man benytte behandlingstvilkåret som tilleggsvilkår.

Det vil også kunne gjelde psykisk overlast hos barn som følge av foreldres handlemåter i psykotisk tilstand. Skaden skal være mer enn bagatellmessig.

Uheldige konsekvenser

Lovendringene skjer samtidig med en betydelig nedbygging av adekvate senger siste tiår

Gitt at pasientene i større grad skal få bestemme selv vil flere velge «uklokt»

Gitt kortere og flere innleggelses vil enkelte på sikt kronifiseres

Fare for flere selvmord?

Antall lovbrudd begått av psykotiske er en funksjon av antall psykotiske sekunder, minutter og timer ute i samfunnet

Flere vil bli dømt

Har lovendringen medført konsekvenser?

Har diagnostikk endret seg - blitt mer strategisk?

Har bruken av F1x.5 «Rusutløst psykotisk» økt?

Har bruken av «dette er et atferdsproblem» økt?

Har det blitt økt toleranse for å holde psykotiske i varetekt?

Mindre bruk av tvungen observasjon?

Kortere observasjonstid før utskrivelse når personen «samler seg»?

Kortere observasjonstid før overføring til tvungent psykisk helsevern etter § 3-3?

Kort om forverringsalternativet

I dom HR-2018-2204-A (54) bygger Høyesterett på Helsedirektoratet sine retningslinjer for «Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser» IS-1957 [IS-2013 - 1957] i vurderingen av når en kan forvente tilbakefall etter seponering av nevroleptika.

Er dette en adekvat kilde?

Hva finnes av empiri?

Har ulike lidelser ulik tidshorisont?

Problemstilling rundt lovfortolkning

Hvem har kompetanse for å tolke lovverket

- Lovavdelingen i Justisdepartementet?
- Høyesterett?

- Jurister i de ulike fagdepartement?
- Ting - og lagmannsrett?

- Direktorat og statlige institusjoner som Statens sivilrettsforvaltning?
- Sivilombudsmannen?

randi.rosenqvist@kriminalomsorgen.no

karl.melle@stolav.no