

Møte mandag den 31. mai kl. 20.40

President: J o r u n n R i n g s t a d

D a g s o r d e n (nr. 32):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (Innst. O. nr. 73 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99))
2. Referat

Val av setjepresident

Presidenten: Presidenten vil gjere framlegg om at det blir valt ein setjepresident for Odelstingets møte i dag – og ser det som vedteke.

Presidenten ber om framlegg på setjepresident.

Johan J. Jakobsen (Sp): Jeg foreslår Jørgen Holte.

Presidenten: Jørgen Holte er føreslegen som setjepresident. Andre framlegg ligg ikkje føre, og Jørgen Holte er samrøystes vald som setjepresident for dagens møte.

Statsråd Dagfinn Høybråten la fram 5 kgl. proposisjonar (sjå under Referat).

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (Innst. O. nr. 73 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99))

Presidenten: Etter ynske frå sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir avgrensa til 1 time og 40 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 35 minutt, Framstegspartiet 15 minutt, Kristeleg Folkeparti 15 minutt, Høgre 15 minutt, Senterpartiet 5 minutt, Sosialistisk Venstreparti 5 minutt, Venstre 5 minutt og Tverrpolitisk Folkevalde 5 minutt.

Vidare vil presidenten foreslå at det blir gjeve høve til replikkordskifte på inntil tre replikkar med svar etter innlegg av hovudtalarane frå kvar partigruppe og fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa.

Vidare blir det foreslått at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

Olav Gunnar Ballo (SV) (ordfører for saken): En ny lov om psykisk helsevern er en relativt sjelden begivenhet. Lov av 17. august 1848 om Sindsyges Behandling og Forpleining, som ble en merkestein i norsk sosialhistorie på grunn av sine humane og moderne prinsipper, var bygd på et utkast fra legen Hermann Wedel Major. I mange sentrale trekk påvirket den også lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Det er denne siste loven som skal erstattes gjennom det nye lovutkastet, Ot.prp. nr. 11 for 1998-99.

En klar forskjell fra gjeldende lov er at det nye lovutkastet er mer detaljert, og stiller strengere krav til dokumentasjon før tvang benyttes. Her er lovutkastet etter mitt syn langt bedre enn gjeldende lov, og bidrar til å styrke det generelle rettsvernet for personer med psykiske lidelser. Dette har i liten grad blitt trukket fram av dem som har kritisert det nye lovutkastet, men bør tas med som den mest positive siden av lovutkastet sammenholdt med gjeldende rett.

Jeg vil i det følgende gjennomgå komiteens behandling av lovutkastet med særlig vekt på avvikende merknader og forslag sammenholdt med proposisjonen, inkludert de forslag som SV er med på å fremme.

Departementet har foreslått at kortversjonen av lovens navn skal være psykiatriloven. En enstemmig komite går i stedet inn for at man omtaler loven som psykisk helsevernloven, idet begrepet oppfattes å være mer dekkende for alle de personellgrupper som omfattes av loven, enn begrepet «psykiatrilov». I komiteens innstilling er det tatt inn på første side, mens det på side 26 under komiteens tilråding har oppstått en feil under trykkingen ved at begrepet «psykiatriloven» er brukt, og jeg vil be om at det rettes opp.

Lovens § 3-5 omhandler tvungen undersøkelse. I departementets lovutkast gis ikke pasienten rett til å påklage et vedtak om tvungen undersøkelse.

En samlet komite ser det, i forhold til de generelle pasientrettighetene, som viktig at også vedtak om tvungen undersøkelse skal kunne påklages, men at klagen av hensyn til den videre undersøkelse og behandling ikke kan gis oppsettende virkning, og fremmer endringsforslag til § 3-5 i tråd med det.

Lovens § 6-2 omhandler kontrollkomisjonens sammensetning. En samlet komite anmerker at det kan oppstå en uheldig situasjon dersom mange dommere er formenn i kontrollkomisjonene samtidig som de samme dommere via domstolene skal overprøve komisjonenes vedtak. Komiteen har på den bakgrunn fremmet forslag om at kontrollkomisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer. Intensjonen med forslaget er at man da vil ha et langt bredere rekrutteringsgrunnlag blant advokater og jurister for utvelgelse til de ulike kontrollkomisjonene.

På de ovennevnte tre punkter har altså en samlet komite fremmet endringsforslag knyttet til departementets lovutkast.

Komiteen understreker også samlet at pasienter med psykiske lidelser skal sidestilles med øvrige pasienter så langt det lar seg gjøre, og at det bare er ved tvang at lov om psykisk helsevern vil være overordnet lov om pasientrettigheter. Jeg oppfatter det som en vesentlig presisering og en viktig sidestilling av alle pasientgrupper, uansett bakenforliggende sykdomsårsak.

Det har fra ulike hold framkommet til dels betydelige innvendinger mot deler av departementets lovutkast. Det første gjelder § 1-4, som omhandler den faglig ansvarlige for å treffe vedtak.

I lovutkastet uttrykkes det at den faglig ansvarlige for å treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende overlege. Men lovutkastet åpner også for at det kan gis forskrifter om hvem som er

den faglig ansvarlige. Dette innebærer en endring i forhold til gjeldende rett.

På tross av at det i media er skapt et inntrykk av at § 1-4 åpner for en full sidestilling av ulike faggrupper når det gjelder det faglige ansvar for å treffe vedtak, har ingen av komiteens medlemmer fremmet forslag om en full sidestilling. Når det gjelder selve lovteksten, har kun Fremskrittspartiet fremmet et endringsforslag, der de foreslår andre ledd strøket, slik at det ikke gis noen åpning for at andre enn overlegen kan stå faglig ansvarlig for vedtak.

Det andre helt sentrale punktet som har vakt om mulig mer debatt, er departementets forslag om tvungent psykisk helsevern uten forutgående innleggelse på institusjon. På det punktet skiller lovutkastet seg klart fra gjeldende rett, for lovutkastet åpner for bruk av tvang uten at man må innlegges i institusjon først.

I departementets merknader til lovutkastet skapes det klarhet om fortolkningen av loven på det punktet ved at departementet uttrykker:

«Han eller hun kan da gis tilsyn, behandling og omsorg på eller i nærheten av sin bopel.»

Dette kan skape et inntrykk av at lovutkastet åpner for bruk av tvang i den sykes bopel. Det er avklart med departementet at denne merknadens ordlyd stammer fra det opprinnelige høringsnotatet, men at merknaden har kommet med også i det endelige lovutkastet ved en inkurie. Det skal derfor her betones at heller ikke flertallets lovforslag åpner for bruk av tvang i den sykes bopel.

Et flertall, bestående av Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, støtter forslaget om at tvungent psykisk helsevern kan skje utenfor institusjon når det er et bedre alternativ for pasienten. Dette flertallet mener at det trengs et fleksibelt og mangfoldig tilbud innen tvungent psykisk helsevern. Flertallet uttrykker:

«Opprustningen av kommunehelsetjenesten og utbyggingen av distriktpolitiske sentra vil styrke kompetansen innen psykiatrien i nærmiljøene.»

Jeg vil anta at flertallet her sikter til de distriktpsykiatriske sentra, idet bruken av politisk tvang utenfor institusjon vel neppe heller støttes av flertallet.

Flertallet, bestående av Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, uttrykker i sine generelle merknader:

«Er pasienten selv av den oppfatning at et institusjonsopphold vil være det beste, vil lovens ordlyd måtte forstås slik at institusjonsopphold må iverksettes samtidig med etablering av vernet.»

Jeg går ut fra at flertallet selv klargjør hvordan denne formuleringen er å forstå, siden en person som er av den oppfatning at et institusjonsopphold vil være det beste, vil kunne legges inn frivillig og ikke ved bruk av tvang, som er det som her omtales.

Mindretallet, bestående av Fremskrittspartiet, Høyre og SV, går mot foreliggende lovforslag på dette punktet. Disse partiene vil ikke åpne for bruk av tvang ute i kommunene uten etter forutgående innleggelse på institusjon, men vil videreføre dagens ordning med begrensninger i bruken av tvang utenom institusjon til å gjelde det tvung-

ne psykiske ettervernet. Etter mindretallets syn vil tvang utenfor institusjon kunne bli en tvang uten omsorg som det er vanskelig å kontrollere. Tvangsmedisinering utenfor institusjon vil også være et økonomisk rimeligere alternativ, og av den grunn vil det være en fare for at det ikke bare er hensynet til pasientens beste som gjør at denne behandlingsformen blir valgt.

Mindretallet fremmer ut fra det forslag om at loven ikke åpner for bruk av tvang utenfor institusjon.

Mindretallet, altså Fremskrittspartiet, Høyre og SV, fremmer også endringsforslag til § 1-3, idet disse partiene ikke finner det hensiktsmessig at verge og hjelpeverge anses som pårørende.

Det samme mindretallet ønsker en endring av lovutkastets § 4-4, som omhandler behandling uten eget samtykke. Etter mindretallets syn skal det alltid søkes å oppnå samtykke til en undersøkelse eller behandling før tvang brukes, og de tre partiene fremmer derfor et endringsforslag i tråd med det.

Et annet mindretall, bestående av Høyre og SV påpeker at forhåndsreservasjoner tillegges betydelig vekt hos fysisk syke. Selv om det kan være prinsipielle forskjeller for en slik reservasjonsrett mellom fysiske og mentale lidelser, er det etter Høyre og SVs syn ikke rimelig å frata mennesker den generelle medbestemmelsesretten knyttet til behandlingstiltak, kun ut fra begrunnelsen om at det dreier seg om en mental lidelse. De to partiene fremmer derfor forslag om et tillegg til § 4-4 som gir den syke en begrenset reservasjonsrett mot behandling, forutsatt at reservasjonen framkom på et tidspunkt da vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke kunne anses å være oppfylt.

De mindretallsforslagene som det her er referert til, er hermed tatt opp.

La meg til slutt få si: I løpet av de 150 år som er gått, vedtas nå for tredje gang en lov om psykisk helsevern. Mange pasienter og pasientorganisasjoner følger nøye med på de vedtak som i dag fattes, fordi loven direkte vil gjelde deres hverdag. Skal vi gi lovutkastet en rettferdig og verdig behandling, må vi evne å leve oss inn i situasjonen til alle dem som i etterkant vil bli berørt av våre vedtak.

Presidenten: Olav Gunnar Ballo har teke opp dei forslaga som han refererte til.

Representanten Ballo har òg gjort merksam på ein feil i innstillinga.

Gunhild Øyangen (A): Jagland-regjeringen la våren 1997 fram en stortingsmelding om status innen psykisk helsevern som avdekket store utfordringer på området. Psykiatrien hadde under skiftende regjeringer blitt forsømt i en årrekke, og hadde til dels også lidd under faglig rivalisering og strid.

Jeg vil understreke at det var tverrpolitisk enighet i Stortinget om at det var nødvendig å ta et krafttak for mennesker med psykiske lidelser, og det var bred enighet om forslagene i meldingen om utviklingen av tjenestetilbudet framover.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 ble vedtatt av Stortinget i 1998. I den 8-årige planperioden skal det investeres for 6,3 milliarder kr, og driftsutgiftene skal økes til et nivå som reelt ligger 4,6 milliarder kr over utgiftsnivået i 1998. Opptrappingen av driftsutgiftene og utgiftene til investeringer innebærer at det skal brukes om lag 24 milliarder kr mer til psykisk helsevern i planperioden.

Målsettingen for opptrappingsplanen er å utbedre svakheter i alle ledd i behandlingsskjeden. Opptrappingsplanen omfatter et bredt spekter av tiltak for å bøte på svakhetene: Flere døgnplasser for barn, unge og voksne, 90 000 flere dagopphold ved de distrikspsykiatriske sentra og 220 000 flere polikliniske behandlinger. Det trengs flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale, og mange flere nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. Det blir viktig med styrking av psykososiale tjenester, støttekontakttilbud og kultur- og fritidstilbud for barn og unge. Dessuten skal langt flere få tilbud om sysselsettingstiltak, og ikke minst trengs det støtte til bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Arbeiderpartiet mener brukerperspektivet må stå sentralt innenfor behandlingsnettverket. Målet må være at mennesker med psykiske lidelser oppnår selvstendighet, uavhengighet og evnen til å mestre eget liv. Arbeiderpartiet mener også at prinsipper som forebygging, mest mulig frivillighet og et mest mulig normalt liv er grunnleggende viktig i arbeidet med å bygge ut tjenestene innen det psykiske helsevernet.

Arbeiderpartiet vil understreke viktigheten av en målrettet innsats for å bedre holdningene til psykiske lidelser og en helhetlig tilnærming for å styrke behandlingstilbudet. Med opptrappingsplanen for psykisk helse har Stortinget lagt det økonomiske grunnlaget for økt innsats, og Arbeiderpartiet ser på en ny lov som det nødvendige juridiske grunnlaget for å følge opp planen. I tillegg må Regjeringen sørge for utdanningspolitiske og tilsynsmessige tiltak.

Arbeiderpartiet mener pasientene og deres behov må stå i fokus innen det psykiske helsevernet, og at dette også må gjenspeiles i lovverket. Det foreliggende lovforslaget er pasientrettet og innebærer en styrking av rettsikkerheten innen det psykiske helsevern.

Fra enkelte hold hevdes det at den nye loven vil medføre utvidet tvangsbruk. Påstanden er ikke riktig. I den nye loven om psykisk helsevern står prinsippet om frivillighet så langt det lar seg gjøre, helt sentralt. Videre er selve tvangsbestemmelsene tydeligere utformet enn i dagens lov, med klarere grenser for regulering av tvang.

Fra Arbeiderpartiets side er vi bekymret over at bruken av tvang i norsk psykiatri er relativt ofte benyttet. Det må være et mål at flest mulig behandles frivillig. Tvangsbruk er imidlertid også et faglig spørsmål som må avgjøres av kvalifiserte fagfolk i hver enkelt behandlingssituasjon. Det vil være uansvarlig at politikerne setter seg selv inn i behandlerrollen. Etter Arbeiderpartiets mening er vår oppgave gjennom loven å skape et rammeverk som er gjennomførbart, og som inneholder hjemmel for faglig nødvendige tiltak. Arbeiderpartiet er derfor fornøyd med

at departementet vil ta initiativ til en dialog med fagmiljøene om forståelsen av tvangsreglenes innhold, samt overvåke og evaluere om den praksis som utvikler seg, er i henhold til det rammeverk lovgiver gir i dag.

Loven inneholder adgang til tvangsbehandling uten innleggelse i institusjon. Dette innebærer ikke at folk skal tvangsbehandles i hjemmene. Et slikt hjemmebehandlingsforslag ble reist tidlig i prosessen, men meg bekjent støtter ingen partier dette, og det er da heller ikke en del av proposisjonen eller komiteinnstillingen. Tvangsbehandling uten innleggelse vil i enkelte situasjoner være et bedre alternativ for pasienten enn innleggelse i institusjon. Hvis det er faglig forsvarlig, vil en ved en slik behandling unngå institusjonsinnleggelse, som en del pasienter også opplever som svært belastende. Her er det pasientens beste som skal være utslagsgivende. Slik sett er forslaget et bidrag til å normalisere og skape åpenhet om psykisk helsevern, og vil dermed kunne bety mindre tvang og færre høye gjerder.

Jeg er overbevist om at det er tidlig inngripen, tilstrekkelig godt utbygde tilbud og fagfolk med klare etiske holdninger som er de viktigste forutsetningene for å redusere bruken av tvang.

Når det gjelder det faglige ansvar innen psykisk helsevern, er Arbeiderpartiets primære standpunkt at både lege med godkjent spesialitet innen psykiatri og psykolog med godkjent spesialitet i klinisk psykologi kan inneha faglig ansvar. At leger uten godkjent spesialistutdanning i psykiatri skal kunne inneha faglig ansvar, men ikke psykologspesialister, finner vi urimelig. Det faglige ansvar må kunne innehas av person med spesialistkompetanse innen feltet, det være seg psykiater eller psykologspesialist.

Arbeiderpartiet er tilfreds med flertallsinnstillingen slik den foreligger, med presiseringer om bruk av unntaksbestemmelsen og av psykologenes selvstendige behandlingsansvar og deres faktiske og helt nødvendige rolle innen psykisk helsevern i dag.

Arbeiderpartiet er bekymret for at det psykiske helsevernet særlig i distriktene kan bli spesielt utsatt med mindretallets forslag, og Arbeiderpartiet vil understreke at opptrappingsplanen vil kreve full utnyttelse av all tilgjengelig akademisk kompetanse i landet. Psykisk helsevern må tilrettelegges slik at en sikrer rekruttering av fagpersonell på alle nivå. Kontinuitet og tillit er også helt nødvendig for å få redusert bruk av tvang.

For Arbeiderpartiet er det en hovedmålsetting med de fire helselovene vi behandler i Stortinget i vår, å fjerne uheldig profesjonsstrid og å styrke pasientens stilling i det norske helsevesenet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): Det foreliggende lovforslag legger opp til en utvidet bruk av tvang utenfor institusjon. I § 3-1 står det nemlig følgende:

«Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan da

gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling.»

Dette er en endring i forhold til gjeldende rett, en endring som Arbeiderpartiet sammen med regjeringspartiene, støtter. Dette sammenholdt med at det samme flertall åpner for at også ikke-psykiatere, nemlig psykologer, skal kunne gjøre vedtak om tvangstiltak, mener jeg kan sette pasientens rettssikkerhet i fare. Har representanten Gunhild Øyangen og Arbeiderpartiet ingen betenkeligheter med dette, og er man ikke redd for at denne utvidede adgangen til tvangsbehandling utenom institusjon kan føre til en domfellelse i Menneskerettighetsdomstolen?

Gunhild Øyangen (A): Jeg kan forsikre representanten Alvheim at Arbeiderpartiet meget grundig har vurdert de forslag som har kommet både fra Regjeringen og fra saksordføreren i denne saken. Vi har tatt dem på alvor, og vi har kommet fram til at innleggelser ved institusjon også kan innebære tvang, og at i enkelte tilfeller kan tvangen utføres lokalt ved avhenting, og at det i en del tilfeller også vil være bedre for pasienten.

Nå var jeg i samtale med både en psykiater og en psykolog i går, og de kom uavhengig med en del vurderinger som skulle være interessante også for Fremskrittspartiet. De snakket nemlig om tidlig innngripen og hvor viktig det er at en har en hjemmel for det, ikke minst for å unngå kriminelle handlinger som f.eks. mord, og de understreket nødvendigheten av å ha en slik hjemmel for å sikre også samfunnet.

Vi har sagt at her skal det være til pasientens beste, men vi kan ikke prøve å undersøke i denne debatten at en viss form for tvang er nødvendig innenfor det psykiske helsevern. Nå kan ikke jeg se at det at psykologer har det øverste ansvaret for en avdeling, medfører mer tvang. Det finner jeg å være en meget urimelig påstand. Etter mitt syn kan det faglige, fagetiske og juridiske ansvaret like godt ivaretas av en erfaren psykolog eller psykologspesialist.

Olav Gunnar Ballo (SV): Øyangens uttalelse her er relativt oppsiktsvekkende. For når man først skal trekke inn de gruppene som da eventuelt skal representere en fare for andre – det må jo være det som er hennes poeng her – åpner man jo nettopp for at de skal kunne forbli i sine hjemkommuner, og at man i mindre grad da skal ha dem innlagt på institusjoner. Jeg synes derfor at det signal som her gis til mindretallet, at man ikke skulle ivareta trykgheten, er nokså på siden. Det vil være helt det motsatte som er tilfellet, nemlig at man får flere pasienter med alvorlige sinnslidelser ute i kommunene, og man sikrer altså ikke behandling innenfor en institusjon.

Men det spørsmålet jeg ville stille til Gunhild Øyangen, er i forhold til det sitatet jeg trakk fram i sted, som Arbeiderpartiet står sammen med regjeringspartiene om, og som knytter seg opp mot bruken av tvang overfor alvorlige sinnslidende som ikke anses i stand til å ta vare på seg selv eller til å vurdere det som er best for dem selv. Det har man altså knyttet til denne formulering:

«Er pasienten selv av den oppfatning at et institusjonsopphold vil være det beste, vil lovens ordlyd måtte forstås slik at institusjonsopphold må iverksettes samtidig med etablering av vernet.»

Jeg vil be Gunhild Øyangen om å forklare hvordan de pasientene som først skal utsettes for tvang fordi de ikke er i stand til å ta vare på seg selv, i neste omgang faktisk skal ta stilling til hvor den behandlingen skal skje.

Gunhild Øyangen (A): Det første spørsmålet gjelder tidlig innngripen. Det er hevdet med stor tyngde fra faglig hold at det kan være svært viktig når det skjer en forandring i en persons sinnstilstand, at en har muligheten til å gripe inn på et tidlig tidspunkt.

Nå kan det selvfølgelig se ut som en motsetning – når en vegrer seg mot behandling, kan en heller ikke ha noen oppfatning av hvor en helst vil bo. Men det kan tenkes at en person som har vært innlagt på institusjon, kan ha en formening om hvorvidt han vil på institusjon eller om han vil være f.eks. i sin heimkommune. Det er en tendens, føler jeg, til at en tror at det å være innlagt på en institusjon ikke innebærer at en kanskje blir utsatt for tvang. Jeg har tilfeldigvis jobbet i en slik institusjon, riktignok for mange år siden, men det jeg registrerte, var at det i hvert fall ble brukt tvang – i kanskje litt for stor grad. Så jeg tror en må ta med seg at det ikke nødvendigvis betyr en redusert bruk av tvang. For mange vil det oppleves som en fordel å bo i sitt nærmiljø. Det er derfor det også er åpnet for en slik hjemmel, at det skal være en viss mulighet for det.

Inge Lønning (H): Jeg har en sterk fornemmelse av at flertallet og mindretallet snakker forbi hverandre når det gjelder tvangsproblematikken.

Representanten Øyangen understreket at ingen er for tvang. Nei, selvsagt, verken i eller utenfor institusjon. Men det hun glemte, var å stille spørsmålet *hvorfor* vi har en så utstrakt bruk av tvang i Norge sammenlignet med i de fleste andre land. Svaret på det er at vi har en betydelig underkapasitet i institusjonshelsetjenesten på dette område som fører til at svært mange pasienter som burde ha fått et behandlingstilbud på et langt tidligere stadium, ikke får det, og så får de omsider en institusjonsplass når tilstanden er blitt så akutt at det er nødvendig å gripe inn med tvang. Dette er helt åpenbart en ond sirkel, og den forsterkes ved at de aller fleste som sitter med ansvaret for våre psykiatriske akuttavdelinger, sier at deres største hodepine er at de også er nødt til å skrive ut pasienter på et langt tidligere tidspunkt enn det som er faglig forsvarlig.

Ser ikke representanten Øyangen at det er en betydelig fare for at den åpningen man nå gir for å anvende tvangsbruk uten institusjonsinnleggelse, kan bidra til å forsterke dette problemet enda mer? Jeg betviler ikke et øyeblikk at hensikten er den beste. Men det er jo ikke hensikten som avgjør hvorvidt en lovgivning er forsvarlig eller ikke. Og det er en avgjørende kvalitativ forskjell på tvangsbruk under omstendigheter hvor det er mulig med helkontinuerlig omsorg for en pasient i institusjon, og tvangsbruk av mer eller mindre momentan art utenfor

institusjon. Ser ikke representanten Øyangen den kvalitative forskjellen?

Gunhild Øyangen (A): Jeg kan være enig i mange av de synspunktene som representanten Lønning gav uttrykk for, at årsaken til at det brukes relativt mye tvang i Norge, er at det er en underkapasitet, at det er et for dårlig ettervern, og at folk skrives ut for fort. Og det er bakgrunnen for at Stortinget har vedtatt en meget omfattende og ambisiøs opptrappingsplan for det psykiske helsevern, slik at tilbudene skal bli bedre og det skal utdannes folk som er kvalifisert til å gå inn i disse arbeidsoppgavene på en helt annen måte enn i dag.

Vi har sagt med stor kraft, og vi mener fortsatt, at for en del pasienter kan tilbudet være like bra lokalt, men det forutsetter selvfølgelig at det er kvalifisert personell der. Etter min vurdering er det derfor viktig nå å få satt i verk den handlingsplanen som er vedtatt, og utdanne det personell som er nødvendig. Og så, for å imøtekomme også dem som har vært i tvil om dette betyr nedtrapping av tvang, har vi sagt at et uavhengig fagmiljø må foreta en evaluering for å se hvordan den nye loven nå blir praktisert.

Vår intensjon er helt klar: Det skal brukes mindre tvang og mer omsorg innenfor det psykiske helsevern.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

Harald T. Nesvik (Frp): Helt innledningsvis vil jeg bare få lov til å si at dette er et utkast til lov som har vært meget omfattende og etter min personlige mening veldig tungt å sette seg inn i. Det er en type sak som krever et grundig forarbeid både for dem som har forberedt saken, og for dem av oss som over en kort periode skal sørge for at det produktet som legges fram for Stortinget, er av en slik karakter at det kan forstås, samtidig som det samsvarer med det som det enkelte parti står for og ikke minst mener best ivaretar pasientens interesser. Dette har vært et møysommelig arbeid, men jeg vil få lov til å gi saksordføreren ros for måten som han har arbeidet på. Dette har gjort at komiteen hele tiden har vært i stand til å kunne gjøre sin jobb på en best mulig måte.

Så til selve loven. Fremskrittspartiet er ikke fornøyd med det forslaget til lov som foreligger. Fremskrittspartiet vil hevde for sin regning at flertallets forslag til lovtekst, sammen med de innledende kommentarene til loven fra Regjeringens side, vil kunne medføre bl. a. en større og mer utstrakt bruk av tvang utenfor institusjon, selv om Regjeringen og flertallet i komiteen vil hevde noe annet.

I proposisjonen står det skrevet følgende under Del IV, Merknader til de enkelte bestemmelser, side 154, til § 3-1:

«Annet ledd slår fast at tvungent psykisk helsevern også kan skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette framtrer som et bedre alternativ for pasienten. Han eller hun kan da gis tilsyn, behandling og omsorg på eller i nærheten av sin bopel.»

Komiteens flertall, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til et brev fra statsråden der det blir

påpekt at forslaget kommentar er noe som henger igjen etter et tidligere høringsutkast. Fremskrittspartiet er dessverre ikke fornøyd med denne forklaringen, og er av den oppfatning at Regjeringen da burde fremmet denne endringen via en proposisjon. Nå blir denne teksten stående i selve proposisjonen, og Fremskrittspartiet frykter at dette vil kunne medføre at tvangstiltak ved en feiltakelse kan settes i verk i pasientens bopel, som følge av at det er loven med kommentarer som i første rekke blir lest, og ikke hva de enkelte partier skriver i sine merknader.

Fremskrittspartiet vil ikke kunne godta noen form for tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, med unntak av tvungent psykisk ettervern i umiddelbar tilslutning til forutgående institusjonsopphold. Dette kan da bare omfatte pålegg om fram møte til behandling, og pasienten kan om nødvendig avhentes.

Fremskrittspartiet er av den oppfatning at dersom en pasient er kommet i en slik situasjon at tvangsbehandling er nødvendig slik en psykiater ser det, så er dette en så alvorlig situasjon at denne pasienten må legges inn på en institusjon, av hensyn til både seg selv og sin familie.

Fremskrittspartiet mener at det ved enhver utskrivning fra et psykiatrisk sykehus skal foreligge en kontrakt, undertegnet av sykehus og pasient. Kontrakten skal inneholde nødvendig oppfølging fra sykehusets, pasientens og bostedskommunens side. Dette må gjøres for at pasienten skal kunne føle seg trygg på at vedkommende blir fulgt opp på en positiv måte, samtidig som det offentlige i framtiden forplikter seg til å gi et tilbud om oppfølging av pasienten.

Fremskrittspartiet vil påpeke viktigheten av at pasienten og pasientens familie blir fulgt opp på en positiv måte etter en eventuell utskrivning.

Fremskrittspartiet vil fortsatt hevde at det er særdeles viktig å få på plass et sentralt behandlingsopplegg for de mest ekstreme kriminelle og voldelige sinnslidende. Under behandlingen av St.meld. nr. 25 for 1996-97 uttalte Fremskrittspartiet følgende i Innst. S. nr. 258 for 1996-97:

«Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet er ikke enig med Regjeringen i at de desentraliserte sterkavdelingene full ut er i stand til å ivareta behandlingen og omsorg av de mest ekstreme kriminelle og voldelige sinnslidende.»

Fremskrittspartiet fremmet så følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen utrede planer for etablering av en landsdekkende spesialinstitusjon for behandling og omsorg av alvorlig farlig sinnslidende og for farlige og sinnslidende psykisk utviklingshemmede.»

Det er etter Fremskrittspartiets mening viktig å få på plass en slik institusjon for bl.a. å kunne gjennomføre denne loven og tvangsbehandling etter dom. Fremskrittspartiet frykter at det kan bli brukt tvang utenfor institusjon i større grad enn det som er nødvendig, som en følge av at det ikke på langt nær eksisterer et godt nok tilbud om behandlingsplasser i institusjon.

Fremskrittspartiet frykter i særlig stor grad at psykisk utviklingshemmedes rettigheter ikke vil bli godt nok ivare tatt i denne loven, på tross av at dette er en gruppe pasienter som har et meget stort behov for særskilt omsorg og tiltak.

Fremskrittspartiet ser på psykiatriske pasienter på samme måte som somatiske pasienter og vil endre § 1-1 slik at psykiatriske pasienter får innbakt i lovteksten en rett til behandling. Fremskrittspartiet vil i pasientrettighetsloven foreslå at somatiske pasienter får en slik rett til behandling, og ser ingen grunn til å forskjellsbehandle de ulike pasientkategorier. Selv om en person lider av en skjult lidelse, er vedkommende like fullt en pasient og må derfor få en lovfestet rett til behandling.

Når man så ser på den mengde av høringsinstanser og det utall av innspill som er kommet i denne saken, er det med undring en har merket seg at når det gjelder spørsmålet om hvem som skal ha det faglige ansvaret for å treffe vedtak, så er det det punktet som kanskje har blitt mest diskutert. Det virker som om dette punktet er blitt en kamp mellom Psykologforeningen på den ene siden og Lægeforeningen på den andre om hvem som er best egnet til å inneha denne rollen i det psykiske helsevernet. Det er ikke hvem som skal ha det administrative ansvaret som er det viktige her, etter Fremskrittspartiets mening, men hvilken profesjon som er best i stand til å ivareta det meget sammensatte bildet en psykiatrisk pasient er. Fremskrittspartiet har den klare oppfatning at det kun er en spesialist i psykiatri som kan ha det faglige ansvaret for vedtak knyttet til psykiatrisk behandling. Det er viktig å poengtere at en psykolog ikke er utdannet lege. Fremskrittspartiet er overbevist om at den som skal være ansvarlig for å treffe den type vedtak som denne paragrafen i loven omhandler, må være lege. Jeg tør minne om at når det er snakk om bl.a. tvangsvedtak, er dette i stor grad i form av tvangsmedisinering. Det er bare leger som pr. i dag kan utskrive medikamenter. Det har blitt hevdet at selv om det må en lege til for å skrive ut medikamenter, så må en psykolog kunne treffe vedtaket. Dette er noe som jeg vil advare sterkt imot, fordi det alltid vil være den som har skrevet ut medikamentet, som vil bli stilt til ansvar for dette. Det vil igjen kunne medføre uklare ansvarsforhold ved enkelte avdelinger og en videreføring av tidligere profesjonskamper. Fremskrittspartiet er helt klart i sin vurdering og vil ikke åpne for at andre enn psykiatere kan ha det faglige ansvaret for å treffe vedtak.

Det jeg finner meget oppsiktsvekkende, er at regjeringspartiene i denne innstillingen faktisk går lenger enn det jeg kan se at det legges opp til i proposisjonen. Måten flertallets merknad – fra medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet – er lagt opp på, likestiller langt på vei psykologer med psykiatere, slik jeg leser den. Dette vil etter min mening helt klart kunne føre til, grunnet økonomiske hensyn i enkelte fylkeskommuner, en åpning for lettere å kunne søke om å la en psykolog være den faglig ansvarlige for å treffe vedtak og dermed slippe å måtte lete etter psykiater. Dette vitner om at det ikke alltid er pasienten som står i fokus, men at disse partiene har gitt etter for kravet fra Norsk Psykologforening om på sikt å bli likestilt med psykiatere innenfor dette feltet.

Avslutningsvis vil jeg vise til noe som saksordføreren sa i sitt innlegg. Han sa at Fremskrittspartiet ville at bare

overlegen skulle være ansvarlig for å treffe vedtak. Dette er ikke riktig, for Fremskrittspartiet sier i sitt forslag til lov at «vedkommende overlege eller annen spesialist i psykiatri» kan være med på å treffe vedtak – slik at den misforståelsen er oppklart.

Helt til slutt vil jeg ta opp de forslag som er fremmet av Fremskrittspartiet alene eller sammen med andre partier, og som er gjengitt i innstillingen.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har tatt opp dei forslaga han refererte til.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): For et år siden vedtok Stortinget en forpliktende opptrappingsplan for psykisk helse som gir håp for fremtiden.

Med økte midler, god rekruttering av kvalifiserte fagfolk og økt satsing på forebyggende arbeid der pasienten bor, tror Kristelig Folkeparti at færre vil ha behov for innleggelse i institusjon, i hvert fall at det vil bli færre tvangsinnleggelse. Med nær kjennskap til pasientene og deres nærmeste kan signal fanges opp tidlig og hjelp gis før sykdommen blir mer alvorlig.

Kristelig Folkeparti deler bekymringen når det gjelder økning i tvangsinnleggelse de siste årene. Det er ille når flere under høringene sier at presset på akuttavdelingene ofte har medført at tvangsinnleggelse har blitt rutine og en forutsetning for i det hele tatt å bli innlagt. Dette må vi sette en stopper for!

Alle er i dag enige om at målet er mindre bruk av tvang. Alle partiene er også enige om å skjerpe kriteriene for tvangstiltak. Det skal være et hovedkriterium om alvorlig sinnslidelse – altså psykose – og to tilleggs-kriterier, ett om redusert utsikt til helbredelse eller bedring og så farekriteriet – fare for eget eller andres liv og helse.

Partiene er også enige om at en ikke skal tvangsbehandle i hjemmet. Flertallet, som Kristelig Folkeparti er en del av, mener at i noen tilfeller kan psykisk helsevern skje uten døgnopphold i institusjon, dersom dette fremtrer som et bedre alternativ for pasienten. Pasienten kan få tilsyn, omsorg og behandling i sitt nærmiljø. Det er pasientens behov som skal være avgjørende for valg av tvungent psykisk helsevern.

Pasienten kan tvinges til fremmøte for behandling, eventuelt med bistand fra offentlig myndighet, slik det i dag gjøres ved tvangsinnleggelse og tvungent ettervern, og som også mindretallet mener skal være mulig i fremtiden. Hovedforskjellen dreier seg om hvorvidt alle nødvendigvis må veien om sykehus. Er behandlingstiltakene alltid så aktive der?

De fleste høringsinstansene som er negative til forslaget, har kort vei til sykehus. Men der avstandene er store, er dette et vesentlig moment i behandlingen. Poliklinikker og distriktspsykiatriske sentre kan bare gjennomføre tvangsbehandling dersom de faglig og materielt er i stand til å tilby tilfredsstillende behandling og omsorg. Kristelig Folkeparti tror at dette vil føre til mildere eller mer avgrenset bruk av tvang, til beste for pasienten.

Mitt håp er at yrkesgruppene skal samarbeide bedre, og at en får større åpenhet rundt behandlingsmetoder.

Målet er mindre tvang, og Kristelig Folkeparti vil evaluere ordningen. Kristelig Folkeparti synes det er positivt at bruk av tvangsmidler og medisiner under tvang, som tidligere var regulert i forskrifter, nå er lovfestet, slik at pasienter kan klage på bruken.

For Kristelig Folkeparti er det også viktig at pasienter som har lagt seg inn frivillig, ikke kan flyttes over på tvang. Kristelig Folkeparti støtter at den faglig ansvarlige for vedtak er vedkommende overlege, og at en i forskrift åpner for å gi kliniske psykologer vedtaksmyndighet. En har god erfaring med dette i dag, spesielt innen barne- og ungdomspsykiatri.

En tvangsinngivelse er bare aktuell etter forutgående legeundersøkelse. En psykiater kan lettere utelukke at symptomene skyldes en somatisk lidelse.

Når det gjelder tilleggskriteriene for tvangstiltak, kan jeg ikke se at den ene faggruppen har noe fortrinn fremfor den andre. Undersøkelser viser at ingen kan forutsi fare for vold mot egen eller andres person særlig bra.

Loven gir strengt avgrensede tvangsfullmakter og bedre kontrollrutiner, klagerett og innsyn enn tidligere.

Til slutt vil jeg presisere at skal vi lykkes i behandlingen, må det bygges på respekt og skapes relasjoner og tillit, slik at en forebygger lidelser og tvang blir unødvendig. Tvang skal alltid være en nødløsning!

Helt til slutt anbefaler jeg komiteens innstilling.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (Frp): Kristelig Folkeparti har gått sammen med Arbeiderpartiet og Senterpartiet i en flertallsmerknad som, slik i hvert fall undertegnede ser det, er begynnelsen på sidestilling av kliniske psykologer og psykiatere. For det er vel slik det skal forstås når det står følgende i innstillingen:

«Dette flertallet har merket seg at når det i loven er foreslått at det i forskrift kan gjøres unntak fra at faglig ansvarlig skal være en psykiatrisk overlege, så er dette ikke alene grunnet i situasjoner der psykiater ikke finnes. Dette flertallet vil peke på at unntaksbestemmelsen åpner for å gi kliniske psykologer vedtaksmyndighet.»

Jeg vil spørre representanten fra regjeringspartiet Kristelig Folkeparti: Hvem er det som etter dette regjeringspartiets mening skal være den ansvarlige for tvangsmedisinering i en slik situasjon? Er det legen som skriver ut legemidlet? Eller er det eventuelt en psykolog som skal være den ansvarlige for å treffe vedtak?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Jeg har lyst til å gjenta det jeg sa i stad, at vi går inn for at det i loven åpnes for at det i forskrift unntaksvis kan være klinisk psykolog som har det faglige ansvar. De erfaringene vi har med kliniske psykologer som ledere, viser også gode resultater. Meg bekjent har det ikke vært flere klager på behandling der en klinisk psykolog har hatt det faglige ansvaret.

Når det gjelder diagnostisering for å kunne utelukke at symptomene skyldes en somatisk lidelse, er det, som jeg sa i mitt innlegg, kun psykiater som kan gjøre det, og det er også kun lege – psykiater – som kan foreta medisiner-

ing. Men om en har ledelsen, betyr ikke det at en må ha all spisskompetanse selv. Det må en bare sørge for alltid er tilgjengelig.

Harald T. Nesvik (Frp) (fra salen): En åpenbar misforståelse, president!

Presidenten: Presidenten er litt usikker på om ho vil åpne for openberre mistydingar. Men dersom Nesvik er sikker på at det er ei openberr mistyding, skal han få ordet.

Harald T. Nesvik (Frp): Misforståelsen må være åpenbar, for det spørsmålet gjaldt, var hvem som skal være den ansvarlige for tvangsmedisinering i en situasjon der man har en psykolog som ansvarlig for å treffe vedtaket, mens en lege må skrive ut medikamentene.

Presidenten: Presidenten reknar det ikkje som ei openberr mistyding at replikanten ikkje er nøgd med det svaret vedkomande har fått.

Annelise Høegh (H): Nå skal det kanskje repliseres i tilknytning til den forrige replikkveksling at det § 1-4 dreier seg om, ikke er ledelse i sin alminnelighet, slik Åse Gunhild Woie Duesund kom til å si til slutt, men faglig ansvar, og Fremskrittspartiet, SV og Høyre mener at det er viktig at det er en overlege i psykiatri eller medisiner som har det faglige ansvar. Man må ikke rote dette sammen med alminnelig ledelse i disse sammenhenger.

Jeg merket meg at Åse Gunhild Woie Duesund sa noe slikt som at de fleste høringsinstanser som er negative til utvidet bruk av tvang, også i hjemmemiljøet, har nærhet til institusjonene. Hvor har hun fått det fra?

Gunhild Øyangen sa at mange vil bo i sitt hjemmemiljø, derfor åpner vi for tvang også der. Men det er jo ikke pasientene og deres organisasjoner som ber om denne nye åpningen. Det er ikke fagmiljøene heller. Det er fylkene og kommunene som ber om det, og da synes jeg det er farlig naivt av flertallet hvis de tror at dette først og fremst er et tiltak som i dagens situasjon vil komme pasientene til gode. Det er en stor fare for at det nettopp er knappheten på institusjonsplasser som vil føre til at det er billigere, mer hensiktsmessig, enklere for kommunene og for fylkene å bruke tvangen i nærmiljøene. Pasientene vet at skal de først utsettes for tvang – ja, så er kontrollen og omsorgen bedre i institusjonene enn i nærmiljøet, fordi også fagfolkene er flere der. Er ikke Åse Gunhild Woie Duesund enig i at hvis man først skal ta flertallets utgangspunkt – ja, så ville det iallfall vært naturlig å vente med å utvide bruksområdet for tvang til opptrappingsplanen var gjennomført og kapasiteten på det ønskede nivå?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Jeg deler representanten Annelise Høeghs bekymring med hensyn til knapphet på institusjonsplasser. Det er derfor vi har hatt en opptrappingsplan, som bl.a. skal føre til at vi får flere behandlingsplasser.

Så fagmiljøene: Av de høringsinstanser jeg har lest uttalelser fra, er fagmiljøene rundt østlandsområdet de mest negative. Fagmiljøene i distriktene har vært de som har vært mest positive til det forslag som er fremmet av Regjeringen.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg vil innlede med å oppklare nok en åpenbar misforståelse. Det er ikke slik at jo lenger man kommer fra de psykiatriske sykehusene, jo mer positiv er man til å bruke tvang i kommunene. I Finnmark har vi ikke noe psykiatrisk sykehus i det hele tatt.

Jeg vil gjerne stille spørsmål til Åse Gunhild Woie Duesund når det gjelder to problemstillinger. Det ene gjelder bruken av kontrollkommisjoner knyttet opp mot tvang i kommunene. Man kan godt tenke seg at en kontrollkomisjon har en i hvert fall relativt sett mer oversiktlig oppgave når man innad i en institusjon skal vurdere bruken av tvang. Men hvordan tenker flertallet seg her at en kontrollkomisjon skal kunne kontrollere tvangsbruken ute i kommunene rent praktisk? Jeg vil gjerne ha et svar på hvordan man har tenkt å tilrettelegge for det.

Det andre er et spørsmål som jeg stilte til Gunhild Øyangen, og som jeg ikke kunne se at jeg fikk svar på i det hele tatt, men siden regjeringspartiene utgjør flertall sammen med Arbeiderpartiet, vil jeg stille det samme spørsmålet til Åse Gunhild Woie Duesund: Hvordan er følgende formulering, som jeg leste i sted, og som jeg gjentar nå, å forstå?: «Er pasienten selv av den oppfatning at et institusjonsopphold vil være det beste, vil lovens ordlyd måtte forstås slik at institusjonsopphold må iverksettes samtidig med etablering av vernet.» – knyttet opp mot at det er pasienter vi snakker om som man ikke anser å være i stand til å ta vare på seg selv, som ikke anses å ha en vurderingsevne eller en dømmekraft som gjør at frivillig behandling kan igangsettes, men at man faktisk må bruke tvang. Hvordan skal man overlate til den gruppen å velge hvor tvangen skal skje? Det vil jeg gjerne høre, siden Gunhild Øyangen ikke kunne gi noe svar på det.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Når det gjelder kontrollkommisjonen, kan jeg ikke se at det skal være noe vanskeligere å besøke et distriktpsykiatrisk senter enn et sykehus, selvfølgelig som i dag oppsøkende og med uanmeldte besøk. Jeg synes også det er veldig positivt at det i loven står at kontrollkommisjonen på eget initiativ skal vurdere om det er behov for tvungent vern hvis det har gått mer enn tre måneder. Nå vil kanskje ikke det være så viktig i en slik sammenheng.

– Nå har jeg glemt hva representanten Ballos neste spørsmål var. Jeg tror jeg må be om å få gjentatt det siste spørsmålet

Olav Gunnar Ballo (SV) (fra salen): Kan jeg gjenta det fra salen?

J ø r g e n H o l t e hadde her tatt over presidentplassen.

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det blir gitt høve til å avklare dette spørsmålet seinare, når vi går over på treminuttsinnlegga.

Replikordskiftet er dermed omme.

Annelise Høegh (H): Dette er en debatt som skal være den lovmessige oppfølging og det lovmessige utgangspunkt og grunnlag for den opptrappingsplanen som er vedtatt for psykiatrien.

Akkurat som det var stor enighet om opptrappingsplanen, er det også stor grad av enighet om dagens lov. Det er bare på noen få punkter det er uenighet, men disse få punktene er desto viktigere – som debatten så langt også har vist. Det dreier seg om spørsmålet om faglig ansvarlig skal være psykiater eller klinisk psykolog og spørsmålet om tvang utenfor institusjon.

Spørsmålet om bruk av tvang er det aller viktigste og det aller vanskeligste i psykiatrien, som andre steder. Det berører sentrale menneskerettigheter, og det berører pasientenes integritet og verdighet. Det er altså bare i ytterste nødsfall at behandling mot en persons vilje kan iverksettes. Det skal alltid forsøkes med frivillige tiltak først. Men dersom pasientens utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring blir betydelig redusert eller vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv, kan det altså på bestemte vilkår anvendes tvang.

Samtlige vilkår og forutsetninger for bruk av tvang er det enighet om. Men det er uenighet om bruksområdet for tvang – og det er dessverre svært viktig. Jeg er ikke et øyeblikk i tvil om at flertallet, like sterkt som mindretallet, ønsker å begrense tvangsbruken til et minimum. Men jeg er beklageligvis redd for at det flertallet gjør, vil øke tvangsbruken. For når vi utvider bruksområdet for tvang, samtidig som mangelen på institusjonsplasser er stor, skal det ikke stor spådomskunst til for å forutse at flere vil bli utsatt for tvangstiltak i hjemmemiljøet. Og det verste er at dette kanskje vil skje fordi det i mangel av institusjonsplasser er billigere og enklere. Tvang oppfattes naturlig nok som så integritetskrenkende og nedverdiggende at det, slik Høyre ser det, er viktig for opprettholdelsen av menneskeverdet at anvendelsesområdet ikke utvides. Derfor har da også det store flertall av høringsinstansene, både pasientorganisasjonene og fagmiljøene – enten, og det vil jeg påstå, de er i nærheten av eller langt fra institusjonene – i stor grad og i det alt overveiende gått imot denne utvidede adgangen til tvangsbruk i hjemmemiljøet uten forutgående institusjonsbehandling.

Heldigvis har Regjeringen og flertallet gått bort fra forslaget om tvangsbehandling i hjemmet. Men forslaget om å opprettholde muligheten til å pålegge og, om nødvendig, hente pasienten med tvang i boligen for fremmøte til tvungen behandling på de distriktpsykiatriske sentrene møter sterk motbør, så vel fra pasienthold som fra fagmiljøer. Man kan jo tenke seg hvilken verdighet man opplever dersom man skal bli hentet med politibil for å bli fraktet fra sin bolig og til et poliklinisk tilbud.

Helen Bjørnøy fra Kirkens Bymisjon skrev i Stavanger Aftenblad 25. mai i år bl.a. følgende:

«Det å åpne for bruk av tvang også utenfor sykehusene, er et alvorlig brudd med det menneskesynet som

hittil har vært rådende i vårt samfunn. Poliklinisk behandling har jo nettopp basert seg på at når timen er slutt, skal du gå. Da er du alene – med tvangserfaringen og det traumet som det er i tillegg til sykdommen. Poenget må være å holde fast at dersom en pasient er så dårlig at vedkommende ikke selv er i stand til å nyttiggjøre seg en poliklinisk behandling – men at en må bruke tvang – da er vedkommende så dårlig at han/hun trenger den omsorg og behandling og de relasjoner som ligger nettopp i et sykehusopphold.»

Jeg kan ikke annet enn å slutte meg fullt og helt til det hun der sier. For her er vi etter Høyres mening ved sakens kjerne. Uansett hvor god hensikt flertallet har om at den nye § 3-1 annet ledd skal føre til mindre tvangsbruk, er det dessverre slik i dag at selv pasienter som vil behandles, og som søker hjelp frivillig, ikke slipper til. Den situasjonen flertallet beskriver, nemlig at dette skal føre til mindre tvangsbruk, er vel i beste fall en realitet om seks eller syv år – når vi forhåpentligvis har fått gjennomført den opptrappingsplanen som bare er i sin aller spedeste begynnelse. Pasienter som i dag ønsker behandling, får det ikke, rett og slett fordi de ikke er syke nok. Konsekvensen er at de blir så syke at de til slutt legges inn på sykehus under tvang, og at de skrives ut for tidlig. Dette paradokset er regelen i dag, ikke unntaket.

Nå kan dette forsterkes gjennom utvidet adgang til tvangsbehandling med medisiner som skal holde folk i sjakk. Dette er å angripe problemet i feil ende. Først må tilbudet bygges ut og opptrappingsplanen være gjennomført, slik at det ikke er brist i alle ledd, og slik at folk får hjelp når de ber om det. Først da kan vi hindre en uheldig sykdomsutvikling og dermed behovet for den tvangsbruken som vi dessverre ser i dag.

Flertallet har, som også saksordføreren har vært inne på, i sine merknader til § 3-1 annet ledd tatt inn viktige presiseringer for hvordan denne nye muligheten skal praktiseres. Jeg siterer også fra flertallets merknad, der det heter:

«Er pasienten selv av den oppfatning at et institusjonsopphold vil være det beste, vil lovens ordlyd måtte forstås slik at institusjonsopphold må iverksettes samtidig med etablering av vernet.»

De sier videre at

«adgangen til å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og uten forutgående institusjonsopphold fortrinnsvis vil kunne være aktuelt for pasienter som er kjent av behandlingsapparatet».

Jeg mener at dette i realiteten er så vesentlige presiseringer og innskrenkninger med hensyn til hvordan paragrafen kan praktiseres, at jeg er forbauset over at flertallet ikke har endret loven tilsvarende. I motsetning til saksordføreren anser jeg det slik at en pasient ikke behøver være så syk at man ikke greier å forholde seg til at man skal utsettes for tvang, og man får i realiteten et valg, slik flertallet har formulert seg i komiteinnstillingen. Er det virkelig slik at flertallet mener alvor med sine merknader – og det må man gå ut fra at de gjør – står det vitterlig at når man kan velge om tvang skal gjennomføres i hjemmemiljøet eller i en institusjon, at pasienten kan velge, burde det fremgå av lovteksten at det er et

valg pasienten har. Mange pasienter tror jeg vil være i stand til å forholde seg til det. Etter hva vi vet, vil mange også foretrekke å komme i en institusjon fordi de der har relasjoner, omsorg og et miljø som i større grad er i stand til å ta vare på deres behov, også etter at timen er slutt.

Jeg vil utfordre flertallet til å tenke igjennom om ikke en lovendring her kunne være på sin plass, slik at det er overensstemmelse mellom merknadene, de viktige presiseringene og innskrenkningene som ligger der, og lovteksten, for det er det ikke nå.

Når det gjelder § 1-4 og den faglig ansvarlige, er det grunn til å understreke, som vel flere har gjort, at faktisk alle støtter hovedregelen om at det er vedkommende overlege som er faglig ansvarlig for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak. Uenigheten dreier seg om, hvis jeg et øyeblikk ser bort fra Fremskrittspartiet, i hvilken grad det i forskrifter skal kunne gjøres unntak fra denne hovedregelen.

Dersom flertallet med sine merknader ikke vil endre realiteten, slik at unntaket blir viktigere enn hovedregelen, er spørsmålet om det er fornuftig av flertallet å gå så detaljert til verks som de gjør i sine merknader. Flertallet mener seg nemlig kvalifisert til å trekke opp ganske nøyaktig de faglige skillelinjer, som man for øvrig mener bør forskriftsfestes. Jeg leser ikke inn i proposisjonen og de merknader som står der, hverken til paragrafen eller i teksten for øvrig, at departementet i utgangspunktet hadde tenkt seg de skillelinjer som flertallet går inn for.

Høyre fastholder at det i de aller fleste situasjoner vil være en forutsetning at man har den brede kompetansen som en overlege har, for å fatte de vedtak som skal fattes i forbindelse med tvangsbehandling.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Are Næss (KrF): Det er mulig at vi i en liten replikkveksling kan avklare ting som har vært oppe i tidligere replikker.

Jeg vil i motsetning til Annelise Høegh hevde at det ikke er noe misforhold mellom lovteksten og flertallets merknader når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon. Forholdet er jo heller det at man i merknadene, som vanlig i slike saker, kan gå lenger og mer detaljert til verks enn det man kan i en konkret lovformulering. Jeg noterer meg med interesse at det synes å være en forskjell i oppfatning, som representanten Høegh refererte til, i forhold til saksordføreren når det gjelder spørsmålet om at dette skal være til pasientens beste, at pasienten selv skal kunne ha en formening om innleggelse i institusjon, eller om tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon er ønskelig. Jeg forstår det da slik, og vil gjerne ha det bekreftet, at Annelise Høegh deler vår oppfatning av at fordi om en pasient er i en psykisk tilstand som gjør at vedkommende trenger tvungent psykisk helsevern, er det ikke dermed nødvendigvis utelukket at denne pasient kan ha en begrunnet mening om vedkommende ønsker å bli innlagt på en institusjon, som vedkommende kan ha hatt erfaring med tidligere, eller om vedkommende aksepterer behandling i sitt

nærmiljø, f.eks. på et distriktspsykiatrisk senter, som vi håper vil bli modellen med hensyn til dette.

Annelise Høegh (H): Jeg synes det er litt merkelig at representanten Are Næss mener at det skulle være vanskelig å ta inn viktige presiseringer i lovteksten som man har i merknadene. Det er ingen formelle hindringer for at flertallet meget vel kunne ta inn de presiseringer de selv har kommet med, som kanskje er foranlediget av et brev jeg sendte helseministeren. Jeg vet ikke, men de er i hvert fall ganske identiske med hans svar til meg, og som ville klargjort dette på en helt annen måte enn det å ha det i merknader. Alle som sitter her, vet at det ikke er selvsagt at de merknader som vi skriver – utmerkede som de kan være alle sammen – vil bli lagt avgjørende vekt på og være bestemmende for hvordan dette blir å praktisere ute. Derfor er jeg overrasket over at flertallet ikke har villet ta dem inn i lovteksten. Det ville vært en nyttig presisering, som jeg tror ville gjort behandlingen i hverdagen enklere, når flertallet har besluttet å stå på det forslaget de har. Men det skal ikke være noen tvil om, slik Are Næss nå søkte å legge opp til, at Høyre ønsker å støtte det som flertallet står for. Vi har merket oss at pasienter, pasientorganisasjoner og fagmiljøene i meget sterke orde-lag i stor grad har avvist det forslag Regjeringen og flertallet er blitt stående med, men det er selvfølgelig ikke til hinder for at vi mener at en del pasienter – jeg tør ikke som fullstendig lepperson her si om det ville gjelde et flertall eller bare noen få – vil være i stand til å forholde seg til en valgsituasjon der man skal utsettes for tvang. Men det er ikke et regime vi anbefaler.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg registrerte at både representanten for regjeringspartiene og nå også Annelise Høegh framholdt at dersom tvangsbehandling ikke skal skje i institusjon, vil den være knyttet til de distriktspsykiatriske sentra. Jeg har lyst til å stille Annelise Høegh spørsmålet om det er så åpenbart. Når man leser departementets kommentarer, kan en se av høringsnotatet at den til og med kunne skje i pasientens hjem. Det har vi fått avklart at de ikke har ment. Men det foreligger etter mitt syn på ingen måte noen avklaring med hensyn til formuleringer som knytter dette direkte til distriktspsykiatriske sentre. Ser Høegh ut fra lovteksten begrensninger her som tilsier at det er der behandlingen må skje? Kunne man ikke eksempelvis ut fra teksten tenke seg at den skjedde hos den lokale kommunelege, eller at den skjedde i regi av en psykiatrisk enhet, men uten nødvendigvis den totale kompetansen som et distriktspsykiatrisk senter besitter? Formuleringene her går jo egentlig bare på at det skal være en overordnet institusjon som sitter med ansvaret. Jeg vil gjerne spørre Annelise Høegh om hun oppfatter det slik at lovteksten fra departementet og merknadene fra flertallet her er entydige med hensyn til at det er der behandlingen ute i distriktene nødvendigvis må finne sted.

Annelise Høegh (H): Jeg tror saksordføreren har helt rett i at det er ingenting i teksten som tilsier en inn-

skrenkning med hensyn til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til distriktspsykiatriske sentre. Det står ingenting om det i lovteksten. Det er et av flere steder hvor man altså poliklinisk kan bli utsatt for tvangsmedisinering og for annen form for tvangsbehandling, så det er jo også en ytterligere grunn til å være skeptisk til å utvide bruksområdet for tvangsbehandling, som jeg var inne på i mitt innlegg. I en situasjon hvor vi er i en akutt mangel av institusjonsplasser, er det etter min oppfatning å begynne i helt feil ende å utvide bruksområdet for tvang når man er i en økonomisk og personellmessig oppbyggingsfase, hvor jeg mener det dessverre er all grunn til å frykte at dette tiltaket vil bli brukt i situasjoner der man ikke har det ønskede personell til stede slik at tvangsbehandlingen kan skje på en forsvarlig og på en for pasienten god måte. Det ville iallfall vært mer betryggende dersom flertallet hadde latt denne lovendringen i bero inntil opptrappingsplanen var gjennomført, slik at man iallfall kunne ha en viss sikkerhet for at denne åpningen ikke ble brukt som en billig måte å komme seg unna behandlingen på.

Presidenten: Fleire har ikkje bedt om ordet til replikk.

Inga Kvalbukt (Sp): I arbeidet med dette lovverket er det bruk av tvang som har fått størst oppmerksomhet både i media og i høringsuttalelsene. Dette er naturlig, da bruk av tvang i behandlingsoyemed innebærer et alvorlig angrep på den enkeltes rettssikkerhet, menneskeverd og integritet. Samtidig viser dokumentasjon at bruken av tvang i norsk psykiatri har vært relativt stor, og departementet fremholder at det er et mål å redusere den reelle bruken av tvangstiltak i Norge.

Det må ikke herske tvil om at det skal være pasientens behov og den enkeltes menneskeverd som skal være utgangspunktet for den behandling som blir gitt. Hovedvilkåret for bruk av tvungent psykisk helsevern skal være at det foreligger en alvorlig sinnslidelse, og at tvungent vern er nødvendig for å hindre at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller bedring betydelig redusert, eller at det er sannsynlighet for vesentlig forverring uten adekvat behandling. Det skal likevel ikke være noen automatikk i å etablere tvungent psykisk helsevern. Først skal en ha forsøkt å gi et behandlings- og omsorgstilbud på frivillig grunnlag.

Det er viktig å understreke at departementet foreslår en bestemmelse om at pasienten eller personer som står denne nær, når som helst kan forlange utskrivning fra tvungent psykisk helsevern. En person som er under frivillig psykisk helsevern, skal heller ikke kunne overføres til tvungent vern.

På grunn av den utviklingen vi har hatt bort fra institusjon til mest mulig behandlingstilbud nær pasienten, er det nødvendig med et system som åpner for muligheter for tvangsbehandling også utenfor institusjon. Og det er nettopp dette punktet som har avstedkommet størst oppmerksomhet og debatt.

At dette er aktuelt, må ses som en konsekvens av den utviklinga som har skjedd bl.a. med utgangspunkt i at det

(Kvalbukt)

store flertall av personer med psykiske lidelser bør og oppholder seg i sine heimkommuner og bør ha et tilbud der. I psykiatrimeldinga erkjennes det at mer ressurser må settes inn i kommunehelsetjenesten og i nærmiljøet til dem som trenger hjelp. Det er gledelig at det er full enighet i komiteen om at bruk av tvang skal være absolutt siste virkemiddel. Det er også viktig å få fastslått at lovutkastet ikke åpner for bruk av tvang på pasientens bopel. Et flertall i komiteen, dvs. Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, peker på at tvangsinnleggelse i institusjon for mange oppleves som meget belastende. Det er derfor åpenbart at det trengs et variert og fleksibelt tilbud også innen tvungent psykisk helsevern.

Det er viktig å ha klart for seg at alle tiltak og all behandling skal skje med henblikk på pasientens beste og med respekt for denne. Da skulle man ønske at all bruk av tvang var uaktuelt, men vi vet at så dessverre ikke er tilfellet. Det forekommer alltid unntakstilfeller. Da er det viktig at den tvangsbruk som blir valgt, av pasienten oppleves så mild som mulig. Et godt behandlingsresultat vil være mye avhengig av pasientens opplevelse, hjelpen og ikke minst motivasjon. Derfor er det viktig å legge til rette for at de som ønsker det, får størst mulig grad av behandling i tilknytning til heimemiljøet. Flertallet er derfor av den formening at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold i institusjon når det er et bedre alternativ for pasienten.

Dette flertallet understreker også at en årsak til at det i det hele tatt blir behov for tvangsbehandling, kan være at den syke blir gående for lenge før hjelp blir gitt. Derfor bør det være naturlig å forutsette at det på litt lengre sikt vil bli mindre behov for tvangsbehandling etter hvert som det psykiske helsevern i kommunene bygges ut.

Det samme flertallet understreker også at det er pasientens behov som er utgangspunktet for tiltakene, og at det etter lovforslaget ikke er noen automatikk i iverksettelse av tvangsbehandling. Det må fattes et eget vedtak etter § 4-4 som baseres på egne, strenge vilkår. Det er også viktig å få fastslått at lovforslaget ikke innebærer noen utvidelse av bruk av tvang. Flertallet, fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, tar også opp at i den grad pasienten ikke føler seg trygg i heimesituasjonen, skal pasienten få opphold i institusjon. Ved behandling utenfor institusjon vil det være stort behov for tett oppfølging og omsorgstiltak. Variasjon og nærhet i tilbudene innen psykisk helsevern kan etter min mening også omfatte senger i tilknytning til en medisinsk avdeling i et somatisk sykehus. Et opphold ved en slik avdeling vil av mange virke mindre stigmatiserende enn opphold i en spesialinstitusjon og kan derfor medvirke til å gi et raskere og bedre behandlingsresultat.

Med denne loven og loven om spesialisthelsetjeneste, som ble vedtatt den 27. mai, er vi kommet nærmere en likestilling mellom psykiatriske og somatiske lidelser. Får vi den ønskede utvikling, med flere behandlingstilbud og raskere tilbud i pasientenes nærmiljø, vil vi sannsynligvis oppnå at langt flere blir raskere friske, og unngår å utvikle dype og langvarige psykiatriske sykdommer. Best resultat oppnås når pasienten er mottakelig for

hjelp og selv innser sitt hjelpebehov. I den grad tvangstiltak må iverksettes, er det likevel viktig at disse følges med nødvendig omsorg.

Presidenten: Den reglementsmessige tida for kveldsmøtet er omme. Presidenten vil foreslå at Odelstinget held fram med forhandlinga til sakskartet for i dag er ferdigbehandle – og ser det som vedteke.

Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): I § 3-7 Begjæring om tvungent psykisk helsevern står følgende:

«Offentlig myndighet eller den nærmeste kan på grunnlag av uttalelse fra lege i henhold til §§ 3-4 eller 3-5 samt eventuell videre undersøkelse ved institusjon etter § 3-8, begjære vedkommende undergitt tvungent psykisk helsevern som angitt i § 3-1.»

Det fremgår av det siterte at den meget omdiskuterte og omstridte ordningen med tutorerklæring fra nærmeste pårørende opprettholdes til tross for at den har avstedkommet mange ulykkelige familietragedier helt opp til våre dager.

Fremskrittspartiet går imot å opprettholde tutorerklæring fra nærmeste familie, idet vi mener at denne ordningen kan være en stor belastning både for pasienten og familien i forkant og særlig i etterkant av en tvangsinnleggelse.

Jeg viser til at også Mental Helse i Norge går imot familiær tutorerklæring.

Det beste eksempel jeg kan vise til når det gjelder svært uheldige konsekvenser av en familiær tutor, er Juklerød-saken, som vil gå inn i den psykiatriske historie som en skandale.

Vil representanten Inga Kvalbukt gi meg en god begrunnelse for hvorfor Senterpartiet vil opprettholde ordningen med familiær tutor?

Inga Kvalbukt (Sp): Pasientbildet og sykdomssituasjonen i landet, også innen de psykiske sykdommene, er svært sammensatt og svært variert. Familiesituasjonene er også meget kompliserte.

Vi kan ikke unngå at det vil finnes tilfeller som er veldig kritikkverdige, og ikke skulle ha forekommet – heller ikke i framtida. Men vi ønsker å legge opp til et bredest mulig og best mulig beslutningsgrunnlag og behandlingstilbud.

Så vidt jeg har forstått lovframlegget, skal også pasienten få lov til å være med og gi sin uttalelse om hvem som skal defineres som nærmeste pårørende. Dette trenger ikke nødvendigvis være bare folk som er nærmest i slekt, slik jeg har oppfattet det – med mulighet for at jeg har kunnet feiloppfattet det. Likevel vil jeg tro at også representanten Alvheim innser at det finnes tilfeller der pasienten sjøl ikke er i stand til å treffe nødvendig avgjørelse om tiltak. Da må vi ha lov til å vise til at en kan innhente hjelp fra andre. Forhåpentligvis må vi også greie å legge til rette for at flest mulig av innbyggerne i kommunene skal ha nære pårørende som er gode for dem. Jeg tror nettopp det å gi mest mulig behandling i kommunene, i de mer små og oversiktlige miljøene, legger til rette for at de nære pårørende også er de gode pårørende som vil gi de gode rådene.

Inge Lønning (H): Representanten Kvalbukt sa at lovforslaget fra flertallet ikke vil innebære økt bruk av tvang. Flere av de andre talspersonene for flertallet har sagt det samme tidligere i denne debatt. Det skulle være interessant å vite hvor man har den kunnskapen fra. Hvis man skulle uttale seg presist, måtte man vel nøye seg med å si at hensikten med forslaget er ikke at det skal medføre utvidet bruk av tvang. Det kan da umulig være noen i denne sal som med sikkerhet kan vite hvorledes en reform man aldri tidligere har vært i nærheten av å praktisere, nemlig adgangen til tvangsbruk utenfor institusjon med døgnopphold, vil komme til å slå ut i praksis. Dette er i beste fall et sjansespill med gode hensikter bak.

Nå hevdet representanten Kvalbukt at dette er et resultat av en utvikling i retning av å vektlegge, så vidt mulig, behandling i nærmiljøet. Det kan da umulig være en korrekt beskrivelse. Det det har vært enighet om i Stortinget, som lå bak opptrappingsplanen for psykiatri og som lå i den stortingsmelding helseminister Hernes la frem, var jo en klar påvisning av at man gjorde den feil på 1980-tallet – bl.a. på grunn av Reitgjerdet-skandalen – at man bygde ned institusjonsplassene langt lenger enn det var faglig dekning for. Det har i hvert fall ikke hittil lyktes å løse de problemene som derved er oppstått, i nærmiljøet.

Mitt spørsmål til representanten Kvalbukt er dette: Hvordan i all videste verden skal økt adgang til tvangsbruk i nærmiljøet løse dette problem? Det må da vittriglig være å begynne i den helt gale enden?

Inga Kvalbukt (Sp): Jeg vil tro at hensikten med at vi i det hele tatt driver politikk, er å styre mot stadig bedre mål.

Jeg er enig med representanten Inge Lønning i at vi ikke kan spå om framtiden, men vi vet hvordan vi ønsker oss den, og det prøver vi å legge til rette for. Når vi har vedtatt at vi skal styrke helsevernet med omsorg og oppfølging i nærmiljøet og også gitt signaler om at det skal gis mer ressurser til dette, må vi ha grunn til å regne med at det skal gi resultater, ellers har det ikke noen hensikt å vedta det.

Et styrket helsevern i kommunene, i nærmiljøene, vil føre til at vi får avdekket sykdom tidligere og at riktig diagnose blir stilt tidligere. Vi vet at tidlig diagnostisering og tidlig innsats vil forhindre at en sykdom utvikler seg til en langvarig, alvorlig og kanskje kronisk sykdom. Ergo vil vi også få mindre behov for tvang. Men det at vi åpner for tvang i andre situasjoner enn tidligere, har faktisk sammenheng med at vi tilpasser oss virkeligheten. Når flere pasienter behandles utenfor institusjon, er det også greit at flere – eller i hvert fall noen – kanskje må undergis tvangstiltak satt i gang utenfor institusjon.

Tvangstiltak vil dessuten bestå av mange ulike former for tiltak. Det behøver ikke nødvendigvis bare være sterk medikamentell behandling, det kan også være f.eks. pålegg om å gå til samtale.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg noterte meg med interesse spørsmålet fra komiteleder John Alvheim og med særdeles stor interesse det svaret som kom fra Senterpartiets representant.

Når det gjelder bruken av tutorerklæring, som jeg forstår at spørsmålet dreide seg om, omtales det i §§ 3-6 og 3-7 i det nye forslaget til lov. Det er høyst uklart for meg, ut fra det svaret som her ble gitt, hva flertallet egentlig mener. Men svaret til John Alvheim burde jo være så enkelt. Tidligere var det de pårørende som først ble spurt om å skrive en tutorerklæring, mens det nå er offentlig myndighet som primært skal spørres. Det er jo bare i unntakstilfelle at det i det hele tatt vil være aktuelt å bruke familien, fordi det er offentlig myndighet som primært får spørsmålet. Jeg går derfor ut fra at Senterpartiet er enig i at den problemstillingen som Alvheim her tar opp, nå er så lite aktuell at den egentlig er en ikke-problemstilling.

Inga Kvalbukt (Sp): Som jeg tidligere i kveld har sagt, har vi et meget sammensatt bilde av virkeligheten. Den finnes ikke i A4-format. Derfor synes jeg ikke det er riktig å avvise spørsmålet fra Alvheim som et ikke-eksisterende forhold. Men uansett om det er offentlig myndighet som skal spørres eller om det er pasientens nærmeste, skal det være etter anbefaling fra og i samråd med lege.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed omme.

Harald Hove (V): Som saksordføreren gav uttrykk for, er det en viktig lov man har til behandling i dag.

Jeg tror det kan være et poeng å understreke, som vel også saksordføreren gjorde, at det er en sammenheng mellom den loven vi i dag behandler, og loven om pasientrettigheter. En bør kanskje fremheve at det er viktig med individuelle rettigheter nettopp i forhold til det psykiske helsevesen, og at de individuelle rettigheter der ivaretas på en særlig god måte. Det er grunn til å understreke at dette også gjelder i forhold til frivillig behandling, ikke bare i forhold til tvangsbehandling.

Vi kan mislike det, men psykiske lidelser blir nå en gang mindre omtalt enn somatiske lidelser. Det er f.eks vanskeligere å etablere interesseorganisasjoner. Det å ha en psykisk lidelse vil ofte nettopp gjøre en mindre i stand til å ivareta sine egne interesser enn det tross alt de fleste somatiske pasienter vil være. Det er også åpenbart at psykiske lidelser ofte vil være en stor belastning for de pårørende. Innimellom vil pårørende fortsatt kunne komme i den situasjon at de må ta standpunkt til spørsmålet om å avgi en tutorerklæring. Det er på ingen måte noen enkel problemstilling å bli stilt overfor.

Siden Venstre ikke er med i komiteen, vil jeg ikke på partiets vegne rekke å fremføre standpunkter til alle spørsmål, men jeg vil ta for meg et par problemstillinger litt nærmere. Ved voteringen kommer vi til å stemme sammen med Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Det som særlig har vært sentralt i debatten, er spørsmålet om bruk av tvang, og da bruk av tvang utenfor institusjon etter § 3-1 annet ledd. Det er en god grunn til at dette er blitt et sentralt spørsmål, for det er også et vanskelig spørsmål. Vi må også se litt på forholdet mellom lovttekst og de premisser som er lagt inn i flertallsmerknadene, herunder også fra proposisjonen.

Når det gjelder lovteksten, presiseres det at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold i institusjon når det er et bedre alternativ for pasienten, og med pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Det er da klart, om enn noe tungt formulert i lovteksten, at tvangsbehandling ikke kan gjennomføres i hjemmet. Men hvem tar så standpunkt til hva som er bedre for pasienten? Er det den behandelende lege eller den ansvarlige lege? Det skal i alle fall være faglig forsvarlig. Men ved den nærmere vurderingen, er det pårørende eller pasienten selv? Det er nok noe i denne problemstillingen som gjør at det ikke er helt enkelt.

Det fremgår av en merknad i innstillingen at dersom pasienten foretrekker det, skal vedkommende få institusjonsopphold.

Det er videre en merknad i innstillingen om at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold vanligvis vil gjelde personer som tidligere har vært innlagt, eller i alle fall er kjent for behandlingsapparatet. Én måte å forstå det på, kan være at det ikke trenger å være så veldig lang avstand mellom den form for behandling det her er snakk om, og et tervern, som det i dag også er adgang til utenfor institusjon.

Jeg har en viss sans for synspunktet til Annelise Høegh om at lovteksten kunne ha vært litt klarere formulert. Det er viktig å se på spørsmålet i forhold til forskrifter, og det er også klart et poeng å evaluere denne problemstillingen. Det er ikke noe entydig svar på spørsmålet om mer eller mindre tvang, men det er lett å forstå at noen kan oppleve tvangen som mindre brutal når man kan bo hjemme og ikke innlegges på institusjon, og at det i det kan ligge en fare for at man lettere vil bruke det – og det vil i så fall være i strid med premissene.

Når det gjelder spørsmålet om psykiatere og psykologer, tillater jeg meg bare å vise til det som har vært sagt tidligere fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Arbeiderpartiet.

Når det gjelder forslag nr. 2, fra Høyre og SV, har jeg et par merknader til det. Det er klart at det er viktig å legge vekt på pasientens egen medvirkning til behandling og pasientens eget standpunkt og om dette har kommet til uttrykk på et tidligere tidspunkt, at man også legger vekt på det i forhold til behandlingen.

Det er min oppfatning at man gjennom de lovvedtak vi vil gjøre når det gjelder §§ 4-1 – 4-4, samlet sett langt på vei ivaretar det som man med forslag nr. 2 og dels også et annet forslag ønsker å oppnå, uten at man samtidig direkte flytter beslutningsmyndighet til fylkeslegen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (Frp): Jeg har lyst til å stille et spørsmål til representanten Hove. Så vidt jeg vet, er representanten Hove advokat, men det er selvfølgelig til stortingsrepresentanten jeg stiller spørsmålet.

Mitt spørsmål er som følger: Ved feilmedisinering ved en institusjon der en psykolog har det faglige ansvaret for å treffe vedtak, hvem er det der som skal stilles til ansvar? Er det legen som har skrevet ut medisinen – det er jo bare leger som kan skrive ut medisin – eller er det psykologen, som er den som er ansvarlig for å treffe tiltak?

Harald Hove (V): Problemstillingen «ansvarlig for» brukes i svært mange relasjoner og ofte på en lite presis måte. Én ting er det faglige ansvaret og i og for seg det direkte ansvaret for det vedtaket som treffes. Det vil nødvendigvis måtte innehas av den psykolog som eventuelt treffer vedtak om innlegging, og av den lege eller en annen som eventuelt treffer vedtak om medisinerer. Men hvis man her tenker ansvar i forhold til et eventuelt erstatningsansvar, ville jeg bli veldig overrasket hvis det her ville være av avgjørende betydning for pasienten om det er den ene eller annen som her måtte være ansvarlig. Uansett vil ganske sikkert en institusjon eller et offentlig organ være erstatningsansvarlig enten feilen er begått av en psykolog, som er faglig ansvarlig for innleggelse, eller av den som har gjort medisineringen. Så jeg tror ikke akkurat at problemstillingen om ansvar her er det viktigste spørsmålet. Det som er det viktigste spørsmålet, er hvem som her kan treffe faglig forsvarlige avgjørelser og vedtak med hensyn til bl.a. bruk av tvang. Det er egentlig det som må være det sentrale spørsmålet, og ikke spørsmålet om ansvar.

Olav Gunnar Ballo (SV): Mange vil nok gå hjem, men det er nesten 40 år siden forrige gang vi vedtok en slik lov, og jeg synes at en del av det som avdekkes i den salen, er ganske forstemmende.

Når det gjelder det som Hove her sier, synes jeg uten å ironisere, at sånne juridiske betraktninger faktisk er ganske interessante – jeg er jo ikke selv jurist. Men det som jeg vet av erfaring fra kommuner, er at man i den situasjonen som oppstår mellom kommuner og spesialhelsetjenesten, overhodet ikke tar innover seg den typen betraktninger som man kan høre i denne salen, nemlig at «det er å forstå på den måten» eller at «det skal ikke bli mer bruk av tvang». Poenget er at man står i en situasjon i det daglige der man spør konkret en institusjon: Kan dere ta denne pasienten, for vedkommende er faktisk dårlig?

Det flertallet i denne salen gjør, er å gi en hjemmel til den institusjonen til å si nei, den behandlingen kan dere nå ta hånd om selv. Og det er klart at juridiske snurrepiperier vil verken den som skal legge inn pasienten, eller den som skal motta pasienten, være opptatt av i det hele tatt, og de vil overhodet ikke være opptatt av Gunhild Øyangens garantier om at man nå ikke skal bruke tvang. Det har ingenting med virkeligheten å gjøre. Det som jeg synes er beklagelig i denne debatten, er at man ikke får synliggjort den virkeligheten som pasientene må forholde seg til, og det gjør meg som saksordfører betenkt.

Jeg registrerer også at en del av svarene her bærer preg av at man faktisk ikke har satt seg inn i lovteksten. Det gleder meg at det ikke gjelder representanten Hove, som ikke engang er medlem av sosialkomiteen.

Harald Hove (V): Jeg kan nok en og annen gang ha vært i nærheten av å komme med et hjertesukk – jeg kan føle at noen av de debatter og problemstillinger vi stilles overfor, ikke alltid stemmer med, eller passer helt godt

til, den opplevelsen man har av virkeligheten utenfor – der man måtte ha sin bakgrunn – denne salen.

Det er klart, som representanten Ballo var inne på, at det beslutningsorganet som skal ta avgjørelsen i forhold til den enkelte pasient, ofte vil befinne seg i en situasjon hvor også ressursknapphet er en del av virkeligheten – mangel på institusjonsplasser, mangel på faglig kvalifiserte personer, mangel på rett og slett penger kan også være en problemstilling. Derfor tror jeg det er veldig viktig å understreke at det å tillate tvang også ved behandling utenfor institusjon, ikke medfører et mindre ansvar for institusjoner til å ta imot pasienter. Det eneste som er den legitime begrunnelsen – og med «legitim» mener jeg her også «rettslig holdbar» på bakgrunn av den lovtekst som eventuelt vedtas – er å iverksette slik behandling hvis dette vil være bedre for pasienten. Det tror jeg vi tross alt får holde fast ved, uansett hvilken virkelighet man eventuelt måtte være i.

Inge Lønning (H): I fjerde akt i Peer Gynt er det en replikk som lyder: Jeg følger med på ferden, men protesterer for all verden!

Representanten Hoves innlegg fikk meg til å tenke litt på den. Han annonserte nemlig at han ville stemme sammen med flertallet – og deretter brukte han hele sitt innlegg på å problematisere flertallets standpunkt. Det er det svært god grunn til å gjøre.

Men det var ett spørsmål som til min overraskelse ikke ble berørt av Hove, og det er rettssikkerhetsaspektet. Vi vet jo at kontrollkomisjonene med dagens system ikke alltid fungerer etter hensikten. Men det som er helt åpenbart, er at kontrollfunksjonen, med den åpning man nå gir for tvangsbruk utenfor de etablerte, faglig ressurssterke institusjonsmiljøene, vil måtte svekkes ganske dramatisk simpelthen fordi det ikke har noen mening, som det ble sagt i et tidligere replikkordskifte, at kontrollkomisjonenes besøk jo kan inntreffe uanmeldt også rundt omkring i distriktene. Det vil ikke være praktisk tenkbart. Det som er rettssikkerhetsgarantien ved kontrollkomisjonene, er jo at man har tunge institusjoner i faglig henseende, med store faglige ressurser, og kontrollkomisjonene kan komme uanmeldt og treffe pasientene, og samtale med dem. Den funksjonen har jeg meget vanskelig for å forestille meg kan tilrettelegges på en praktisk måte under den form for tvangsbruk som man nå åpner for. Ser ikke Hove at dette svekker rettssikkerheten ganske drastisk?

Harald Hove (V): Jeg har vel i og for seg valgt å gjøre det til en regel av og til å tore å vedkjenne meg den tvil og den usikkerhet man kan ha i forhold til de vedtak man er med på å treffe. Det betyr ikke det samme som at man ikke mener at det er riktig å gjøre vedtaket, men det kan bl.a. være for å gi klart uttrykk for at her er det grunn til å følge med og følge opp, og faktisk også foreta en reell og seriøs evaluering når det har gått noen tid.

Jeg vil gjerne fremheve dette med å evaluere denne ordningen man her går inn for, og etter noen tid stille seg

spørsmålet: Fungerer dette slik man har tenkt seg, eller har praksis her blitt annerledes enn man hadde lagt opp til? På det punktet tror jeg nok at det på ingen måte er gitt at utviklingen kommer til å gå slik som en del her i salen gir uttrykk for at de frykter, det kan også tenkes at det er de som gir uttrykk for klare forhåpninger, som her vil kunne få rett.

Ellers må jeg si at det som har vært problematisert særlig fra min side, og som også Annelise Høegh var inne på, er om ikke noen av de presiseringer som det er gitt uttrykk for i merknadene, burde ha vært tatt inn i selve lovteksten. Det er for så vidt ikke en reservasjon i forhold til å gå inn for ordningen etter § 3-1 annet ledd isolert sett.

Når det gjelder det med kontrollkomisjonene, er det kanskje min minste bekymring fordi jeg tror at kontrollkomisjonene faktisk vil være i stand til også å utøve kontroll på pasientens bosted – og jeg understreker at jeg her bruker ordet «bosted» og ikke «bopæl». Med andre ord vil altså kontrollkomisjonene kunne flytte på seg for å ha et møte et sted, som gjør at det skulle være rimelig lett å føre kontroll med vedtaket.

J o r u n n R i n g s t a d hadde her teke over presidentplassen att.

Presidenten: Dermed er replikkordskiftet slutt.

Asmund Kristoffersen (A): Psykisk helsevernlov har som hovedmål å sikre at psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte med sterk fokusering på pasientens beste, pasientens selvbestemmelse, pasientens medinnflytelse og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og dermed respekten for menneskeverdet.

Den loven vi i dag vedtar, vil bedre dagens rettstilstand for pasientene og bygge opp under gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Opptrappingsplanen for psykisk helse, som skal gjennomføres i perioden 1999-2006, inneholder sentrale elementer som også må få betydning for lovarbeidet. Målsettingen med planen er å utbedre svakheter i alle ledd i behandlingsskjeden.

Blant de viktigste problemene er:

- Det forebyggende arbeidet er for svakt.
- Det er for dårlig utbygde tjenester i kommunene.
- Det er for få tilgjengelige behandlingsplasser for flere av de tunge brukerne.
- Det er for dårlig oppfølging etter utskriving.

Derfor inneholder planen en rekke tiltak som kan bedre dette, og jeg nevner eksempelvis og ikke tilfeldig:

- 90 000 flere dagopphold pr. år ved de distriktpspsykiatriske sentra
- 220 000 flere polikliniske behandlinger uten innleggelse
- 4 000 flere tiltaksplasser for arbeidstrening for mennesker med psykiske lidelser

Grunnleggende i det framtidige psykiske helsevernet er at folk skal få langt større rett og mulighet til både å bo

i egen kommune, i egen bolig og å få sitt behandlingstilbud utenom institusjon når dette er faglig forsvarlig.

Det er bl.a. i denne sammenheng en må forstå organiseringen av tvangstiltak, som ble et hovedtema under lovarbeidet, og som også har vært et hovedtema i debatten her i dag.

Det har falt en rekke forvirrende karakteristikk av de ulike standpunkter. Dette har ikke nødvendigvis gagnet saken, men debatten har vært nødvendig.

Fra Arbeiderpartiets og flertallets side finner jeg derfor grunn til å understreke følgende: Økende ressurstilgang og mer og bedre kvalifisert helsepersonell må være grunnlaget for mindre tvangsbruk enn det vi ser i dag.

Sykdommens konsekvenser er slik at tvangsbehandling dessverre må være et mulig tiltak. I loven er det klart presisert at tvang kan brukes f.eks. når en på grunn av en sinnslidelse utgjør en nærliggende eller alvorlig fare for eget eller andres liv og helse, når det er sannsynlighet for at pasienten får sin tilstand vesentlig forverret, eller når mulighet til behandling blir vesentlig redusert uten tvangsbruk.

Jeg finner også grunn til å påpeke at det i lovteksten og i forarbeidene til loven uttrykkelig er sagt i § 3-3:

«Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.»

Ved at det er bred oppslutning om å bygge opp tilbudene utenom institusjon, er det også en logisk konsekvens at når tvangstiltak må iverksettes etter de strenge kriteriene som loven bestemmer, må dette også kunne skje utenom institusjon. For mange pasienter vil en tvangsinnleggelse i institusjon være en meget dramatisk opplevelse. Det kan derfor være situasjoner der det er til det beste for pasienten at han kan få gjennomført tvangstiltak i poliklinikk uten innleggelse.

Tvangsbehandling i hjemmet skal ikke forekomme.

Jeg vil også understreke at tvangsbehandling utenom institusjon bare kan skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen, og selv sagt under de samme krav til faglighet, beslutning og gjennomføring som for personer som er innlagt. Dette synes jeg det er nødvendig å understreke etter det jeg har hørt i dag, spesielt i en del replikkordskifter.

Så vil jeg si til de representanter for brukerorganisasjonene som frykter for at loven skulle føre til mer og ikke mindre tvang: Følg lovanvendelsen nøye! Følg praksis ute i kommunene! Hvis lovformuleringen skulle bli oppfattet som en legalisering av mer tvangsbruk og føre til mer tvang, må dette tas opp med tilsynsmyndighetene, med departementet og med lovgiverne.

Den lovreguleringen som er gjort, er ment å gi pasientene mer verdighet, mer selvbestemmelse og større rett til å innvirke på behandling og bosted.

Dette må også ses i sammenheng med de rettigheter som disse pasientene får gjennom de bestemmelser som blir vedtatt i loven om pasientrettigheter, i tillegg til at en satsing på 24 milliarder kr i kommende åtteårsperiode må gi bedre tilbud til personer med psykiske lidelser og forhåpentligvis mindre behov for tvangsbruk.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Lovforslaget som i dag behandles i Odelstinget, er ett virkemiddel av flere for å sikre bedre tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Sammen med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 representerer det nye lovverket et viktig løft for behandlings- og omsorgstilbudene til mennesker med psykiske lidelser.

Helt sentralt i opptrappingsplanen er styrking av det kommunale tjenestetilbudet. Videre skal de spesialiserte behandlingstilbudene bygges ut med særlig vekt på poliklinisk behandling, dagbehandling og korttids døgnbehandling. Det er under etablering distriktpsikiatriske sentre som sterke faglige enheter med tverrfaglig bemanning og med nær kontakt til det lokale hjelpeapparatet. Samtidig styrkes tilbudene til dem som trenger særlige tilbud i institusjon, bl.a. personer som dømmes til psykiatrisk behandling. Utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien er gitt særlig prioritet.

Et av målene med denne store ressurstilførselen er å sette kommuner og fylkeskommuner i stand til bedre å ta hånd om og yte hjelp til mennesker med psykiske lidelser. Når hjelpen kan gis på et tidligere tidspunkt, vil det kunne redusere behovet for bruk av tvang.

Regjeringen er godt i gang med gjennomføringen av opptrappingsplanen, og den loven som Stortinget har til behandling, tar hensyn til den nye strukturen og til nye tenkemåter i det psykiatriske tjenestetilbudet.

Loven omhandler forhold som krever særskilt regulering for psykiatriens vedkommende. I lovens tittel gjenspeiles at loven inneholder regler om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. I forbindelse med tvungent psykisk helsevern er det bl.a. helt sentralt at kontrollsystemet og muligheten for rettslig prøving er godt regulert.

Innholdsmessig viderefører den nye loven i store trekk hovedprinsippene i någjeldende lov. Generelt vil jeg fremheve fire viktige endringer i forhold til gjeldende rett:

- Loven innebærer en klarere regulering av tvangstiltak. Dette er i tråd med den generelle utviklingen, hvor det kreves tydelige hjemler for inngrep og tilsvarende beskyttende klageordninger.
- Loven fokuserer i større grad på pasientmedvirkning.
- Loven inneholder ingen organisatoriske eller finansielle bestemmelser. Disse forholdene reguleres fullt ut i spesialisthelsetjenesteloven.
- Loven inneholder ingen «institusjonskatalog». Gjeldende lov regulerer hvor psykisk helsevern kan finne sted. Når dette ikke videreføres, vil lovverket være bedre tilpasset den generelle utviklingen, med mer varierte institusjonstyper og større grad av lokalisering i nærheten av der pasientene bor. I forhold til tvungent psykisk helsevern legger den nye loven opp til at det skal etableres en godkjenningsordning i forhold til hvilke institusjoner som skal kunne ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Det gjelder også når det tvungent vernet gjennomføres uten døgninnleggelse.

I mediedebatten, og også i komiteinnstillingen, har det vært lagt stor vekt på forslaget om at den faglig ansvarlige for vedtak etter loven skal være en overlege. Bakgrun-

nen for dette forslaget er at det vil være den psykiatriske overlegen som har den bredeste kompetansen til å vurdere pasientens tilstand. Medisinsk kompetanse er viktig med hensyn til å avdekke en sinnslidelses eventuelle organiske sammenhenger, og særlig nødvendig i forbindelse med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen medikamentell behandling.

Bestemmelsen inneholder en hjemmel for i forskrifter å kunne gjøre unntak for hvem som skal være faglig ansvarlig for vedtak. De ulike bestemmelsene i lovforslaget vil i den sammenheng bli gjennomgått for å vurdere i hvilke tilfeller denne funksjonen forsvarlig vil kunne ivaretas av andre yrkesgrupper. Dette kan f.eks. bli aktuelt i forhold til skjerming.

Lovens bestemmelse om ansvar for vedtak er imidlertid ikke avgjørende i forhold til spørsmålet om generell ledelse. Etter helselovgivningens systematikk reguleres ledesspørsmålet bl.a. av lov om spesialisthelsetjenesten. Det betyr at ingen spesiell yrkesgruppe skal ha monopol på lederjobbene, ei heller i det psykiske helsevern.

Et annet tema som har vært mye diskutert, er forslaget om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Forslaget har store likhetstrekk med dagens ordning om tvungent ettervern, men med den forskjell at vernet kan opprettes uten et forutgående institusjonsopphold. Bakgrunnen for forslaget er et ønske om å legge til rette for et mer fleksibelt system i forhold til valg mellom behandlingsformer. Etter mitt syn vil denne formen for tvungent vern for noen pasienter kunne være mindre inngripende enn tvangsinnleggelse. Av lovforslaget følger også at dette alternativet bare skal brukes hvor dette fremstår som det beste for pasienten, og lovforslaget åpner ikke for etablering av tvungent psykisk helsevern i hjemmet.

Loven inneholder som kjent flere hjemler for inngrep av tvangsmessig karakter. Regler om tvang og integritetsinngripende handlinger i forhold til enkeltmennesket reiser alvorlige etiske og verdimeslige spørsmål. Debatten som har pågått i media, viser at dette engasjerer.

Det har vært hevdet at loven innebærer at det åpnes for mer bruk av tvang. Dette vil jeg tilbakevise. Vilkårene for å anvende tvungent psykisk helsevern er strenge og til dels strammet inn i forhold til gjeldende rett. På de områder der det har blitt nye regler om tvang og restriktive tiltak, har vi foreslått å regulere en praksis som vi vet er en nødvendig del av det psykiske helsevern også i dag. Regjeringen har med dette av rettssikkerhetsmessige grunner valgt en lovgivningsstrategi som gjør slike tiltak synlige. Det betyr ikke økt tvang, men kontroll med tvangsbruken.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (Frp): Slik som jeg tidligere viste, leser jeg flertallsmerknaden til § 1-4 slik at denne går lenger enn det som jeg kan lese ut av forslaget i proposisjonen og i lovteksten. Er statsråden komfortabel med denne situasjonen? Vil statsråden i forskriftshjemmel sørge for at det når forskriftene kommer – som han var inne på i sitt innlegg, der han viste til at tiltak etter denne

paragrafen kunne iverksettes av andre enn psykiatere når det f.eks. gjelder skjerming – kun er psykiatere som kan iverksette tiltak om tvangsmedisinering?

Statsråd Dagfinn Høybråten: La meg først klargjøre – noe som jeg synes det er behov for i denne debatten – at vi taler om myndigheten til å vedta tvungent psykisk helsevern og ikke spørsmål om ledelse. Det har vært en tendens til sammenblanding av det, og det er det viktig å si klart fra om.

Når det gjelder bestemmelsen om hjemmel i forskrift til å gjøre unntak for hvem som skal være faglig ansvarlig for vedtak, så vil departementet med utgangspunkt i behandlingen her i Stortinget og med utgangspunkt i bestemmelsene i loven for øvrig, gjennomgå i hvilke tilfeller denne funksjonen forsvarlig skal kunne ivaretas av andre yrkesgrupper. Jeg vil si det slik at når det gjelder de tilfeller hvor det er størst behov for medisinsk kompetanse, som f.eks. i tilfeller som har med medisinering å gjøre, er det minst grunn til å gjøre unntak i forskriften.

Olav Gunnar Ballo (SV): Et flertall går inn for at det åpnes for bruk av tvang utenfor institusjon uten forutgående innleggelse. I hvert fall synes jeg det er vanskelig ut fra kommentarene til loven å være klar over hva slags bruk av tvang det vil være snakk om. Det er klart at det ikke er åpnet for bruk av tvang i hjemmet, men på hva slags andre arenaer – for å si det slik – er det åpnet for bruk av tvang? Flere har her nevnt at det dreier seg om de distriktspsykiatriske sentrene, men vil man eksempelvis kunne tenke seg tvangsbruk knyttet til psykiatriske enheter i et samarbeid med psykiatriske sykepleiere, eventuelt ved kommunehelsesentre eller hos private kommuneleger, fordi institusjonene har skissert at det vil være en hensiktsmessig tvangsbruk? Når det gjelder det tvungne psykiske ettervernet, har man eksempelvis i dag sprøytesetting på legens kontor etter at pasienten er utskrevet fra en institusjon. Vil det også være mulig, ut fra den nye loven, at kommunehelsetjenesten får et betydelig meransvar knyttet til sprøytesetting fordi institusjonene som ikke mottar pasientene, mener det vil være en hensiktsmessig og forsvarlig måte å behandle pasienten på?

Jeg vil også spørre helseministeren: Det har vært sagt at kontrollkommissjonen ikke står overfor større problem knyttet til kommunene enn institusjonen, men en sånn behandling som jeg her skisserer, vil være en behandling som vil være over i løpet av fem minutter, og det vil være relativt mange pasienter som vil kunne behandles på den måten. Hvordan vil kontrollkommissjonen kunne kontrollere behandlingen, som pågår i veldig kort tid, uten at man stadig må være til stede for å se mange pasienter gjennom behandlingen?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Lovens system er at behandling i tvungent psykisk helsevern uten døgnbehandling skal skje i tilknytning til godkjente institusjoner. Disse institusjonene skal godkjennes i henhold til det grunnleg-

gende forsvarlighetskravet som er oppstilt i loven. Det vil i praksis si at disse institusjonene må være i stand til å gi pasienten et faglig og materielt sett tilfredsstillende tilbud om behandling og omsorg. Det er grunnkravet i loven. Det vil i all hovedsak være tale om poliklinikker og distriktspsykiatriske sentra. Det som imidlertid er avgjørende, er at man skal ha en godkjenning av disse institusjonene, og at den tvungne behandling som skal skje uten innleggelse, skal skje i tilknytning til disse godkjente institusjonene.

Når det gjelder kontrollkomisjonenes arbeid, mener jeg at denne grunnforutsetning, nemlig tilknytningen til godkjente institusjoner, er en avgjørende forutsetning for at kontrollkomisjonene skal kunne gjøre sitt arbeid, og jeg mener at det skal være mulig.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om replikk.

Britt Hildeng (A): Odelstinget vedtar i dag en ny lov som gir det psykiske helsevernet et oppdatert og moderne lovverk. Loven vil, sammen med de øvrige, store helselover Stortinget har til behandling, innebære sterkere rettsstilling for pasienten og et bedre rammeverk for utvikling av et stadig bedre helsevesen.

Stortinget har tidligere med opptrappingsplanen lagt det økonomiske grunnlaget for utviklingen av det psykiske helsevernet. I dag legges det juridiske grunnlaget. Bevilgninger og lovgivning er de viktigste virkemidlene i arbeidet med å ta igjen det forsømte og sikre et kvalitativt tilstrekkelig og faglig godt psykisk helsevern.

Virkemidlene må utfylle hverandre og ikke motarbeide hverandre. Etter Arbeiderpartiets syn er det motstrid mellom opptrappingsplanens mål om å skaffe tilstrekkelig kompetent personell og komitemindretallets ønske om å forbeholde legene det faglige ansvaret innen psykisk helsevern. Landet har ikke og vil heller ikke i overskuelig framtid ha på langt nær nok psykiatere til det formål.

Psykologer med seks års grunnutdanning og lang spesialistutdanning er en meget viktig og kvalifisert del av det psykiske helsevesenet. Allerede i dag utøver kliniske psykologer faglig ansvar i mange av landets fylker og på mange forskjellige nivåer innen psykisk helsevern, både i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. Mindretallets insistering på at det kun er psykiatere som er kvalifisert til å inneha faglig ansvar, vil således innebære at ambisjonen i Stortingets opptrappingsplan må nedjusteres og dagens tjenestetilbud reduseres. Det vitner det utall av henvendelser om som sosialkomiteen har fått om saken fra ansatte i psykisk helsevern i fylkene, universitetsmiljøene og i organisasjonene. Det er også viktig å ha for øye at psykiske problemer ofte er i grenseområdet mellom medisin, psykologi og sosiale forhold. Slik bred kompetanse er derfor nødvendig.

Helsepersonellovens ansvarlighetsparagraf regulerer hvordan den faglige kompetansen skal utøves, og hvordan grensedragningen for behandlingsansvar mellom ulike profesjonsgrupper skal trekkes. Således har den behandlingsansvarlige også ansvar for at andre utfører deler av behandling dersom en selv, ut fra ansvarlighetsparagrafen, ikke har den nødvendige kompetanse.

Arbeiderpartiet mener det er av avgjørende betydning for videre utvikling av det psykiske helsevernet, ikke minst i distriktene, at det er et flertall for bestemmelsene om unntak fra kravet om overlege som faglig ansvarlig. Arbeiderpartiet vil understreke betydningen av at komiteflertallet uttaler at det vil være en fordel for helheten i behandlingen som tilbys pasientene, at psykologer i større utstrekning kan være faglig ansvarlige for vedtak og beslutninger som angår behandlingen av de pasientene de har behandlingsansvar for. Jeg tror Stortinget på denne måten vil bidra til å løse opp i uheldig profesjonsstrid, slik at forholdene legges til rette for at det er pasienten og ikke en enkelt profesjon som står i fokus i det norske helsevesenet.

Are Næss (KrF): Jeg tror det er viktig å slå fast at det egentlig er en stor grad av enighet om den nye loven om psykisk helsevern, slik det har vært stor enighet om opptrappingsplanen på dette området. Siktemålet med proposisjonen har vært å sikre at gjennomføringen av psykisk helsevern blir gjort på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhet.

Komiteens innstilling følger i det alt vesentlige proposisjonen, men når det gjelder § 6-2, kontrollkomisjonens sammensetning, har komiteen, som saksordfører påpekte, villet åpne for at kommisjonen kan ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer – ikke nødvendigvis en jurist med dommererfaring. Komiteen begrunner bl.a. dette med at det kan oppstå en uheldig situasjon dersom mange dommere er formenn i kommisjoner, samtidig som domstolene skal overprøve kommisjonsvedtak. Det viktigste i denne sammenheng er naturligvis ikke at juristen har erfaring som dommer, men at han har den nødvendige kompetanse. Jeg tror det også er viktig at juristen, i tillegg til sin kompetanse med hensyn til å være kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, også har kunnskap om det aktuelle saksområdet. Psykisk helsevern er et så vidt spesielt område innen rettsvesenet at dette etter min mening kan være et vesentlig anliggende.

Et kjernepunkt i debatten om denne loven har vært bruken av tvang. For Kristelig Folkeparti er det viktig å understreke at denne loven ikke gir adgang til økt bruk av tvang. Det er tvert imot vårt håp at utbygging av psykiatrien i distriktene vil muliggjøre tidligere inngripen og dermed forebygge situasjoner som kan føre til tvangsbruk. At loven i tilfelle der det er til pasientens beste, gir adgang til tvungent psykisk helsevern også uten døgnopphold i institusjon, medfører jo på ingen måte at vilkårene for bruk av tvungent psykisk helsevern er endret. Paragraf 3-3 setter fortsatt de samme strenge grenser for bruk av tvungent psykisk helsevern, og det er denne lovparagrafen som eventuelt gir adgang til bruk av tvang. Det er her grensene for bruk av tvang settes, og de er ikke utvidet. De er og skal være strenge. Om tvang nå kan iverksettes utenfor institusjon i denne sammenheng som er nevnt, betyr ikke det at én eneste pasient mer faller inn under vilkårene for at tvang skal kunne brukes.

Så vil jeg bare bekrefte og få rettet opp en feil, som også saksordfører påpekte. På side 21 i innstillingen,

spalte to, linje én, står det «distriktpolitiske sentra». Det skal være «distriktpsikiatriske sentra». Psykiatri kan også være distriktpolitikk, men jeg håper at det meste av distriktpolitikken fortsatt vil være utenfor området for lov om psykisk helsevern.

Lars Rovik Ødegård (A): La meg først få beklage at jeg sitter her nede i skjul for og med ryggen til presidenten. Eller forresten, det er vel egentlig ikke jeg som skal beklage dette. Dette har jeg for øvrig tatt opp i et eget spørsmål til Stortingets presidentskap. Nok om det!

Jeg registrerer at det foreliggende utkast i hovedsak har vakt allmenn tilslutning fra så vel pasientorganisasjonene, fagmiljøene og relevante forvaltningsorganer. Imidlertid har et stort flertall av høringsinstansene uttrykt stor bekymring over lovens åpning for bruk av tvang uten hospitalisering i døgninstitusjon. Til dette vil jeg bemerke at den skepsis som framkommer, må tas svært alvorlig, særlig når en skuer an til de krav loven setter til tvangsbrukens innhold i § 4-4. Men derfor er det også viktig å påpeke at når flertallet åpner for at en i spesielle tilfeller kan tillate bruk av tvang uten innleggelse i et døgnbasert tilbud, er det nettopp understreket i loven at tvangsbruk etter § 4-4 ikke skal komme til anvendelse. Jeg viser her til lovens krav i § 3-1, hvor det heter:

«Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling.»

Så når representanten Ballo gjør et poeng av noe som framstilles som en åpenbar selvmotsigelse, nemlig om alvorlig sinnslidende er i stand til selv å avgjøre hvor behandlingen skal gis, må vel det selvfølgelig svaret være at dersom pasienten står i en slik valgsituasjon, skal han ikke være så syk at det krever behandlingstiltak i henhold til lovens § 4-4, for om man er så syk, skal pasienten i henhold til loven legges inn i institusjon.

Formålet med en slik bestemmelse er *ikke*, som noen har antydnet, å redusere tilbudet om institusjonsplass, men å erkjenne at for mange vil en tvangsinnleggelse i institusjon virke ekstra og svært belastende. For de pasienter som på faglig grunnlag blir ansett å ha et bedre utbytte av en hjemmebasert ordning, vil en mer fleksibel løsning, som flertallet legger opp til, kunne bidra til større grad av behandlingsmessig god effekt og faktisk være en orientering i retning av pasienten.

For å motvirke at dette blir utnyttet som en slags avlastningsordning for et ressursknapt behandlingsapparat, har flertallet lagt vesentlig vekt på at en slik bruk av tiltak utenfor institusjon ikke kan komme til anvendelse dersom pasienten selv ikke føler seg trygg i hjemmesituasjonen. Da vil det ikke, slik loven setter vilkår om, være best å bo hjemme, og lovens vilkår for det vil dermed heller ikke være oppfylt.

En kan skjønne noens frykt for at framtiden kan by på problemer når en skuer an til dagens ressursituasjon. Men det er et paradoks når en skal lage en lov for framtiden, om en bare velger å skue an til hvordan verden så ut i går. Vi må med en ny lov vise en hensikt, vise en vilje til hvor vi vil i framtiden, og det er mitt håp at denne lo-

ven kan bringe psykisk helsevern et vesentlig skritt i riktig og ønsket retning.

I tillegg er det på sin plass å minne om at flertallet – Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet – i tilknytning til § 3-1 uttrykkelig har bedt om at praktiseringen av denne nye bestemmelsen blir evaluert av et uavhengig fagmiljø, og at Stortinget blir orientert om resultatet av evalueringen. Jeg vil gjerne få gjøre et poeng av at en slik evaluering også må omfatte den erfaring som gjøres av pasienten selv og pasientens nærstående og familie, slik disse nærmere er definert etter lovforslagets § 1-3.

Presidenten: Presidenten er kjend med at Presidentskapet har fått overlevert eit brev som tek opp dei problemstillingane som representanten Lars Rovik Ødegård tok opp i starten på innlegget sitt. Presidentskapet vil gjere sitt for å finne gode og akseptable løysingar, slik at det blir tilrettelagt så alle kan gjere eit politisk arbeid i Stortinget og i stortingssalen.

Samtidig er det nok òg rett å peike på at stortingsbygningen si utforming og dei antikvariske omsyna som er knytte til bygningen, kan vere til hinder for enkelte løysingar. Men presidenten vil streke under at Presidentskapet vil leggje vekt på å finne gode løysingar på dei omtala problemstillingane.

Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 1.

(Votering, sjå nedanfor)

Etter at det var ringt til votering i fem minutt, uttala **presidenten:** Odelstinget går til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det sett fram tre forslag. Det er:

- forslag nr. 1, frå Olav Gunnar Ballo på vegner av Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 2, frå Olav Gunnar Ballo på vegner av Høgre og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 3, frå Harald T. Nesvik på vegner av Framstegspartiet

Presidenten vil gjere merksam på at kortversjonen av lova skal lyde: «psykisk helsevernloven», ikkje «psykiatriloven», slik det etter ein trykkfeil står i innstillinga.

Komiteen hadde rådd Odelstinget til å gjere slikt vedtak til

Lo v

om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven).*

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 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 grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Formålet er vidare å sikre at de til-

*(psykiatriloven) skal rettes til psykisk helsevernloven)

takene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.

Presidenten: Til fyrste punktum ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 3, frå Framstegspartiet, som lyder:

«§ 1-1 første punktum skal lyde:

Formålet med loven er at psykiatriske pasienter, på lik linje med somatiske pasienter, skal ha rett til behandling, og å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvarende med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 1-1 fyrste punktum og forslaget frå Framstegspartiet, vart tilrådinga vedteken med 63 mot 12 røyster. (Voteringsutskrift kl. 23.11.16).
2. Tilrådinga frå komiteen til § 1-1 andre punktum vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 1-2 Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krevjer.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at vedkommende har samtykket.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 1-3 De pårørende, den nærmeste og offentlig myndighet

En persons pårørende er ektefelle, registrerte partner, person som lever i et ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, verge eller hjelpeverge.

Presidenten:

Her ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 1, frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti, som lyder:

«§ 1-3 første ledd skal lyde:

En persons pårørende er ektefelle, registrerte partner, person som lever i ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken eller besteforeldre. Dersom vedkommende ikke har pårørende som nevnt foran, trer verge eller hjelpeverge inn i deres sted.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 52 mot 26 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 23.12.06)

Vidare var tilrådd:

Den nærmeste er den av de pårørende som er nevnt i første ledd som vedkommende oppgir som sin nærmeste. Dersom den nærmeste ikke oppgis er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i første ledd.

Med hensyn til §§ 3-5, 3-6 og 3-7 er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende. Det tas utgangspunkt i rekkefølgen i første ledd, men samboerskapet må ha vart i minst to år for at samboeren kan være den nærmeste etter §§ 3-5, 3-6 og 3-7.

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller ansvarlig fengselsmyndighet.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som pårørende, den nærmeste og offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 1-4 Den faglig ansvarlige for vedtak

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende overlege.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som er den faglig ansvarlige etter første ledd og om delegasjon av dennes myndighet. Kongen kan i forskrifter gjøre unntak fra første ledd.

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 3, frå Framstegspartiet, som lyder:

«§ 1-4 skal lyde:

§ 1-4 Den faglig ansvarlige for vedtak

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende overlege eller annen spesialist i psykiatri.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 66 mot 12 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 23.12.42)

Vidare var tilrådd:

§ 1-5 Forholdet til lov om pasientrettigheter

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder lov om pasientrettigheter så langt den passer. Kapittel 4 i lov om pasientrettigheter gjelder bare når det er bestemt i loven her.

§ 1-6 Forholdet til forvaltningsloven

For behandlingen av saker etter loven her gjelder forvaltningsloven. Forvaltningsloven § 12 gjelder likevel bare der dette er uttrykkelig nevnt.

§ 1-7 Rett til advokat eller annen fullmektig

Ved klage til kontrollkommisjon eller fylkeslege over vedtak etter loven her, har pasienten rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig. Om fullmektig og fullmakt gjelder forvaltningsloven § 12 annet og fjerde ledd tilsvarende.

Alle henvendelser i en klagesak kan gjøres ved fullmektig, og alle meddelelser og henvendelser fra forvaltningsorganet skal skje til pasientens fullmektig forsåvidt forholdet dekkes av fullmakten. Når det finnes hensiktsmessig, kan pasienten også underrettes direkte. Pasienten kan kreve å bli underrettet i tillegg til eller i stedet for fullmektigen.

Ved saker om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt saker om overføringer, har pasienten rett til advokat etter lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

Kapittel 2 Frivillig psykisk helsevern. Psykisk helsevern for barn og unge

§ 2-1 Frivillig psykisk helsevern

Den som har fylt 16 år, kan tas under frivillig psykisk helsevern på grunnlag av eget samtykke. Krav til samtykke følger av lov om pasientrettigheter §§ 4-1 og 4-2.

Den som har fylt 16 år, kan ikke samtykke dersom vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for frivillig psykisk helsevern. Den faglig ansvarlige avgjør om samtykkeevne foreligger. Vedkommende og den nærreste skal snarest mulig underrettes om avgjørelsen.

Skyldes mangelen på samtykkeevne psykisk utviklingshemming, gjelder lov om pasientrettigheter § 4-5 første og tredje ledd samt §§ 4-6 til og med 4-8. Med unntak av § 4-5 gjelder det samme når mangelen på samtykkeevne skyldes senil demens.

For barn under 16 år kreves samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret for barnet. Har barnet fylt 12 år og selv ikke er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

Presidenten: Til fyrste ledd fyrste punktum og andre ledd fyrste punktum ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 3, frå Framstegspartiet, som lyder:

«§ 2-1 første ledd første punktum skal lyde:

Den som har fylt 18 år, kan tas under frivillig psykisk helsevern på grunnlag av eget samtykke.

§ 2-1 annet ledd første punktum skal lyde:

Den som har fylt 18 år, kan ikke samtykke dersom vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for frivillig psykisk helsevern.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 2-1 fyrste ledd fyrst punktum og andre ledd fyrste punktum og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 65 mot 13 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 23.13.27)
2. Tilrådinga frå komiteen til resten av ledda og punktuma under § 2-1 vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 2-2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-1

Person som søker psykisk helsevern som nevnt i § 2-1 første ledd kan, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter § 3-1 i inn-til tre uker fra etableringen av vernet. Samtykket innebærer ikke samtykke til anvendelse av § 4-4 eller § 4-5 annet ledd.

Med hensyn til samtykkeevnen gjelder § 2-1 annet og tredje ledd tilsvarende.

For barn under 16 år kreves slikt samtykke som nevnt i første ledd fra den eller de som har foreldreansvaret for barnet.

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det psykisk utviklingshemmede eller senil demente, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de som har foreldreansvaret for barnet.

Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærreste eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen.

Presidenten: Til tredje ledd og fjerde ledd tredje punktum ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 3, frå Framstegspartiet, som lyder:

«§ 2-2 tredje ledd skal lyde:

For barn under 18 år kreves slikt samtykke som nevnt i første ledd fra den eller de som har foreldreansvaret for barnet.

§ 2-2 fjerde ledd tredje punktum skal lyde:

Gjelder det barn under 18 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de som har foreldreansvaret for barnet.»

Det voteres alternativt mellom innstillinga og dette forslaget.

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 2-2 tredje ledd og fjerde ledd tredje punktum og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 66 mot 12 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 23.14.06)
2. Tilrådinga frå komiteen til resten av ledda og punktuma i § 2-2. vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 2-3 Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern

Ingen som er under psykisk helsevern etter eget samtykke kan overføres til tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

Kapittel 3 Tvungent psykisk helsevern

§ 3-1 Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

Presidenten: Til andre ledd ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 1, frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti, som lyder:

«§ 3-1 andre ledd skal lyde:

Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten, men bare i umiddelbar tilslutning til forutgående institusjonsopphold. Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.»

Det blir votert alternativt mellom innstillingas andre ledd og forslaget frå framstegspartiet, Høgre og sosialistisk Venstreparti.

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 3-1 andre ledd og forslaget frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 51 mot 27 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 23.14.56)
2. Tilrådinga frå komiteen til § 3-1 fyrste, tredje og fjerde ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-2 Grunnleggende krav til behandling og omsorg ved tvungent psykisk helsevern

Vedtaket om tvungent psykisk helsevern kan bare treffes og gjennomføres dersom ansvarlig institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg.

§ 3-3 Vilkår for tvungent psykisk helsevern

Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig 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.

Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

§ 3-4 Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt.

Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-5 Tvungen undersøkelse

Foreligger behov for undersøkelse som nevnt i § 3-4 første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste, vedta at det skal foretas personlig undersøkelse av lege for å bringe dette på det rene. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang og bistand fra annen offentlig myndighet. Kongen gir forskrifter om delegasjon av kommunelegens myndighet.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkeslegen uten oppsettende virkning.

Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Presidenten: Framstegspartiet har varsla at dei går mot fyrste ledd andre og tredje punktum.

V o t e r i n g :

1. Tilrådinga frå komiteen til § 3-5 fyrste ledd andre og tredje punktum vart vedteken med 68 mot 10 røyster. (Voteringsutskrift kl. 23.15.42)
2. Tilrådinga frå komiteen til resten av ledda og punktuma under § 3-5 vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-6 Begjæring om vidare undersøkelse (observasjon)

Dersom legen etter personlig undersøkelse som nevnt i §§ 3-4 og 3-5, er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og anser vidare undersøkelse nødvendig, kan offentlig myndighet eller den nærmeste begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne ut om vilkårene er oppfylt, jf. § 3-8.

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 3, frå Framstegspartiet, som lyder:

«§ 3-6 skal lyde:

§ 3-6 Begjæring om vidare undersøkelse (observasjon)

Dersom legen etter personlig undersøkelse som nevnt i §§ 3-4 og 3-5, er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og anser vidare undersøkelse nødvendig, kan offentlig myndighet begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne ut om vilkårene er oppfylt, jf. § 3-8.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 67 mot 11 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 23.16.19)

Vidare var tilrådd:

§ 3-7 Begjæring om tvungent psykisk helsevern

Offentlig myndighet eller den nærmeste kan på grunnlag av uttalelse fra lege i henhold til §§ 3-4 eller 3-5 samt eventuell vidare undersøkelse ved institusjon etter § 3-8, begjære vedkommende undergitt tvungent psykisk helsevern som angitt i § 3-1.

Begjæringen sendes den institusjonen som tvungent psykisk helsevern ønskes etablert ved.

§ 3-8 Vedtak om vidare undersøkelse (observasjon) og vedtak om tvungent psykisk helsevern

Den faglig ansvarlige vedtar på grunnlag av begjæringen og de framlagte legeopplysninger og uttalelser, om vedkommende skal undersøkes som nevnt i § 3-6 eller tas under tvungent psykisk helsevern etter § 3-1.

Den vidare undersøkelse kan også vedtas gjennomført ved institusjonen uten at vedkommende gis døgnopphold.

Vidare undersøkelse kan ikke vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten vedkommendes samtykke. Overføring til tvungent psykisk helsevern etter § 3-1 kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede og offentlig myndighet eller eventuelt den nærmeste begjærer det.

Offentlig myndighet skal gi den bistand som er nødvendig for å få vedkommende til vidare undersøkelse eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern, og kan om nødvendig anvende tvang.

Før vedtak skal det ved den ansvarlige institusjonen foretas personlig legeundersøkelse av den som begjæres vidare undersøkt eller tatt under tvungent psykisk helsevern.

Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Den som begjæres vidare undersøkt eller tatt under tvungent psykisk helsevern, samt hans eller hennes nærmeste og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæringen, kan påklage vedtak etter denne paragrafen til kontrollkommissjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

§ 3-9 Begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungent psykisk helsevern etter § 3-1 uten at de grunnleggende kravene etter § 3-2 og vilkårene etter § 3-3 fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom han finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede.

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller hans eller hennes nærmeste, kan når som helst be om at dette vernet opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommissjonen. Pasien-

ten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt. Vedtak som nevnt i annet ledd gjennomføres ikke før klagesaken er avgjort.

§ 3-10 Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Når noen blir undergitt tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvise seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av de grunnleggende kravene i § 3-2 og vilkårene etter § 3-3.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern.

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan forlenge vernet med inntil ett år av gangen.

§ 3-11 Klage til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn kan etter klage endre kontrollkommisjonens vedtak om ikke å innlegge en person som søkes overført fra annen institusjon eller anstalt. Klageordningen gjelder bare overføringer som søkes for pasienter under tvungent psykisk helsevern og bare for:

- a. pasienter i institusjoner for døgnopphold som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Overføring mellom fylkeskommunale institusjoner for døgnopphold i samme fylke omfattes likevel ikke av klageordningen.
- b. innsatte i fengselsvesenets anstalter.

Kontrollkommisjonens vedtak kan ikke endres for så vidt det er begrunnet med at vedkommende ikke oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 første ledd.

Klageretten til Statens helsetilsyn i saker som er nevnt i første ledd, utøves av pasienten eller vedkommende faglig ansvarlige, eller av den innsatte eller den ansvarlige fengselsmyndighet. De som kan klage, kan også be om overføring som nevnt i første ledd og kan klage vedtaket inn for kontrollkommisjonen.

§ 3-12 Rett til å uttale seg

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

§ 3-13 Forskrifter om tvungent psykisk helsevern

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungent psykisk helsevern gjennomføres.

Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være an-

svarlige for tvungent psykisk helsevern etter loven § 3-1 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Kapittel 4 Gjennomføring av psykisk helsevern

§ 4-1 Individuell plan

Når en pasient er under psykisk helsevern, skal institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungent psykisk helsevern, skal det søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen.

Den individuelle planen skal kartlegge behovet for psykisk helsevern, angi hva som er målet med vernet samt hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle og omfanget av disse.

Den individuelle planen skal beskrive gjennomføringen av vernet og det nødvendige samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester. Det skal foretas nødvendige revisjoner av planen.

De tjenester som er nevnt ovenfor plikter å medvirke til planleggingen.

Dersom det ikke er utarbeidet en individuell plan innen rimelig tid, kan fylkeslegen pålegge institusjonen å utarbeide en slik plan.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om utarbeidelse og revisjon av individuelle planer som nevnt i paragrafen her.

§ 4-2 Vern om personlig integritet

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.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivarettatt.

Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasientene får:

- a. delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient,
- b. anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer,
- c. tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene,
- d. anledning til daglige uteaktiviteter.

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

Kongen kan gi nærmere forskrifter om husordensreglement for institusjoner for psykisk helsevern.

§ 4-3 Skjerming

Dersom pasienten under opphold i en enhet lider av sterk uro eller har utagerende atferd, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Når skjerming opprettholdes over 48

timer, skal det treffes vedtak i saken. Vedtaket om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil tre uker om gangen.

Vedtaket om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommissjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for skjerming og gjennomføringen av den.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 4-4 Behandling uten eget samtykke

Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Vedtaket om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.

Vedtaket etter paragrafen her kan påklages til fylkeslegen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Presidenten: Til tredje ledd ligg det føre eit avvikande forslag, nr. 1, frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti, og dessutan eit forslag, nr. 2, frå Høgre og Sosialistisk Venstreparti til nytt femte ledd.

Det blir fyrst votert alternativt mellom innstillingas tredje ledd og forslag nr. 1, frå Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti, som lyder:

«§ 4-4 tredje ledd skal lyde:

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget fra Framstegspartiet, Høgre og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 51 mot 27 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 23.17.18)

Presidenten: Presidenten vil så la votere over forslag nr. 2, fra Høgre og Sosialistisk Venstreparti, til femte ledd. Forslaget lyder:

«I lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal § 4-4 femte ledd lyde:

Dersom vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 ansees oppfylt, men pasienten har reservert seg skriftlig og med bevitnelse mot behandling på forhånd, før det aktuelle sykdomstilfellet inntraff og på et tidspunkt da vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 ikke kunne ansees å være oppfylt, betinger behandlingstiltak som kommer i konflikt med pasientens reservasjoner, at faglig ansvarlig innhenter samtykke fra fylkeslegen før behandling igangsettes.

Femte, sjette, sjuende og åttende ledd blir henholdsvis sjette, sjuende, åttende og niende ledd.»

V o t e r i n g s t a v l e n e viste 32 røyster for og 44 røyster mot forslaget frå Høgre og Framstegspartiet.

(Voteringsutskrift kl. 23.17.43)

Presidenten: Fleire har visstnok røysta feil, og presidenten foreslår då at vi tar voteringa om igjen.

Vi skal altså votere over forslag nr. 2, frå Høgre og Sosialistisk Venstreparti, til § 4-4 femte ledd.

V o t e r i n g :

Forslaget frå Høgre og Sosialistisk Venstreparti vart med 62 mot 16 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 23.18.33)

Presidenten: Etter alt å dømme har fleire ombestemt seg.

Resten av ledda under § 4-4 blir tekne opp til votering.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 4-5 Forbindelse med omverdenen

Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten.

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommissjonen, departementet, Statens helsetilsyn, fylkeslege, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, pasientombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptre på pasientens vegne i en klagesak.

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt innført til en pasient, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens post skal åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasientens nærvær.

Vedtaket om inngrep som er nevnt i annet og fjerde ledd, skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommissjonen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

§ 4-6 Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste eller en annen person som pasienten har utpekt.

Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommissjonen.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

§ 4-7 Beslag

Den faglig ansvarlige kan vedta at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6 første ledd, skal beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at medikamenter, rusmidler eller farlig gjenstand som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommissjonen. Vedtak om tilintetgjøring kan ikke gjennomføres før klagesaken er avgjort.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å bruke tiltak som nevnt i paragrafen her.

§ 4-8 Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede.
- enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av lege, med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommissjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om bruk av tvangsmiddel.

§ 4-9 Kontrollundersøkelser

Når pasient er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om de grunnleggende kravene etter § 3-2 og vilkårene for vernet etter § 3-3, fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Kongen kan gi forskrifter om slike kontrollundersøkelser.

§ 4-10 Overføring

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller hans eller hennes nærmeste kan påklage til kontrollkommissjonen alle vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-1.

Vedtaket om overføring settes ikke i verk før klagefristen er ute eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Vedtaket gjennomføres ikke før klagesaken er avgjort, med mindre pasientens tilstand gjør det uomgjengelig nødvendig at overføring skjer uten opphold.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Presidenten vil her la votere over forslag nr. 3, frå Framstegspartiet, til § 4-11. Forslaget lyder:

«§ 4-11 skal lyde:

§ 4-11 Kontrakt ved utskriving fra psykiatrisk sykehus

Ved utskriving fra psykiatrisk sykehus skal det utarbeides kontrakt der nødvendig oppfølging av pasienten fra sykehusets, bostedskommunens og pasientens side tas inn. Kontrakten undertegnes av sykehuset, bostedskommunen og pasienten.»

V o t e r i n g :

Forslaget frå Framstegspartiet vart med 64 mot 14 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 23.19.23)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 5 Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

§ 5-1 Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 gjelder bestemmelsene i loven her så langt de passer, med unntak av § 3-2 til og med § 3-12.

Straffeloven § 39 b gir regler om opphør av reaksjonen.

§ 5-2 Vedtak om behandlingsansvaret

Fylkeshelsesjefen i den domfeltes bostedsfylke avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Kongen kan ved forskrift overføre kompetansen etter denne bestemmelsen til en annen myndighet.

Fylkeshelsesjefen har ansvaret for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter at dommen er rettskraftig.

§ 5-3 Gjennomføring

Den som er overført til tvungent psykisk helsevern, skal de første tre ukene ha døgnopphold i en institusjon. Den faglig ansvarlige bør i denne perioden rådføre seg med de rettspsykiatriske sakkyndige som har observert den domfelte.

Den faglig ansvarlige bestemmer deretter hvordan det tvungne psykiske helsevernet til enhver tid skal gjennomføres. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte, og særlig på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye alvorlige lovbrudd.

§ 5-4 Klage til kontrollkommissjonen

Etter at tre ukers døgnopphold i institusjon etter § 5-3 er gjennomført, kan alle vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-1, påklages til kontrollkommissjonen.

Vedtakene meddeles de klageberettigede, som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste samt påtalemyndigheten.

Vedtak om overføring fra døgnopphold i en institusjon til psykisk helsevern uten døgnopphold eller til døgnopphold i en annen institusjon, settes ikke i verk før klagefristen er ute eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Vedtaket gjennomføres ikke før klagesaken er avgjort, med mindre den domfeltes tilstand gjør det uomgjengelig nødvendig at overføring skjer raskt.

§ 5-5 Begjæring om endring i gjennomføringen

De klageberettigede etter § 5-4 kan begjære slike endringer i gjennomføringen som er nevnt der. Er det tidligere gitt avslag på en slik begjæring etter klage til kontrollkommissjonen, kan ingen av de klageberettigede sette fram ny klage på grunnlag av de samme faktiske omstendigheter før seks måneder etter at det forrige vedtaket var endelig.

§ 5-6 Overføring til anstalt under fengselsvesenet

Etter begjæring fra den faglig ansvarlige, jf. § 5-3, kan retten bestemme at den domfelte skal overføres fra tvungent psykisk helsevern til anstalt under fengselsvesenet, når særlige grunner taler for det. Overføring kan bare skje når den domfeltes sinnstilstand ikke lenger er som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd. Vilåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 må fortsatt være oppfylt.

Påtalemyndigheten fremmer saken for herreds- eller byrett, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

Finner retten at vilåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 ikke er oppfylt, skal reaksjonen opphøre, jf. straffeloven § 39b.

§ 5-7 Opphør av reaksjonen og prøveløslatelse der domfelte er overført til anstalt under fengselsvesenet

Er den domfelte overført til anstalt under fengselsvesenet i medhold av § 5-6, gjelder reglene i straffeloven § 39b om opphør av reaksjonen så langt de passer. I stedet for opphør kan retten i slike tilfeller beslutte prøveløslatelse etter reglene i straffeloven §§ 39f og 39g.

§ 5-8 Tilbakeføring til tvungent psykisk helsevern fra anstalt under fengselsvesenet

Dersom den domfeltes sinnstilstand etter overføring til fengselsvesenet igjen blir som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd, skal den domfelte tilbakeføres til tvungent psykisk helsevern.

Ved uenighet om vilåret for tilbakeføring er oppfylt, bringes saken inn for Statens helsetilsyn for avgjørelse.

§ 5-9 Forskrifter

Kongen kan gi forskrifter om gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter dette kapitlet.

Kapittel 6 Kontroll og etterprøving**§ 6-1 Kontrollkommisjonen**

Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt fylkeslegen.

Kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon.

Departementet har det overordnede ansvar for at det i hvert område er en fungerende kommisjon.

§ 6-2 Kontrollkommisjonens sammensetning

Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av en lege og to andre medlemmer, alle med personlige varamedlemmer. Av de to sistnevnte faste medlemmer skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv.

Medlemmene oppnevnes for 4 år om gangen. Ved første oppnevning etter lovens ikrafttredelse oppnevnes to av medlemmene for 2 år. Ingen kan gjenoppnevnes mer enn en gang i samme kontrollkommisjon.

Ingen kan være medlem av en kontrollkommisjon som skal føre tilsyn med tiltak og institusjoner for psykisk helsevern som vedkommende har noe ansvar for i sin vanlige stilling.

§ 6-3 Kontrollkommisjonens uavhengighet

Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet.

Lederen skal påse at kommisjonen ikke følger arbeidsrutiner som undergraver kommisjonens uavhengighet.

§ 6-4 Særlige saksbehandlingsregler

Før kontrollkommisjonen avgjør sak om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, skal pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, gis adgang til å uttale seg.

Kontrollkommisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enhver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndig etter de regler som gjelder for hovedforhandling ved herreds- og byrett.

Kontrollkommisjonen kan begjære bevisopptak ved herreds- eller byretten, hvis et vitne ikke har møteplikt for kommisjonen eller hvis frammøte for kommisjonen ville være forbundet med uforholdsmessig omkostning eller ulempe, eller hvis et slikt bevisopptak av andre grunner må anses særlig praktisk.

Advokater har rett til å bli kjent med alle opplysninger i saken og til å være til stede under parts- og vitneavhør. I den utstrekning kontrollkommisjonen finner det tilrådelig, gjelder dette også pasienten selv eller den som handler på hans eller hennes vegne.

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken.

Kommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Kan denne frist ikke overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket.

Vedtaket treffes i møte av fulltallig kommisjon. I tilfelle av stemmelikhet gjør lederens stemme utslaget. Reglene om ugildhet i domstolsloven kapittel 6 gjelder tilsvarende for kommisjonens medlemmer. Lederen fastsetter godtgjørelsen til oppnevnt advokat.

Er en klage blitt avslått av kontrollkommisjonen, kan ikke tilsvarende klage framsettes før minst seks måneder er gått.

For utskrifter og attester som gis av kontrollkommisjonen eller av herreds- eller byretten, betales ikke gebyr. Heller ikke betales gebyr for bevisopptak. Den som i medhold av paragrafen her møter for å forklare seg for kontrollkommisjonen, har krav på samme godtgjøring som vitner og sakkyndige.

Ved underretning om vedtaket skal kontrollkommisjonen gjøre pasienten, eller den som handler på hans eller hennes vegne, kjent med reglene om domstolprøving, jf. § 7-1 i loven her.

§ 6-5 Forskrifter om saksbehandlingen

Kongen kan gi forskrifter om den nærmere saksbehandlingen i kontrollkommisjonen.

Kapittel 7 Domstolprøving**§ 7-1 Domstolprøving**

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om videre undersøkelse, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-8 og 3-9, kan av pasienten eller hans eller hennes nærmeste bringes inn for retten etter reglene i lov av 13. august 1915 om rettergangsmåten for tvistemål kapittel 33. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. §§ 4-10 og 5-4.

Kapittel 8 Forskjellige bestemmelser**§ 8-1 Forskrifter**

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

§ 8-2 Ikrafttredelse

Loven her trer i kraft fra den tid Kongen i statsråd bestemmer. Kongen i statsråd kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid. Kapittel 5 trer i kraft i henhold til egen lov.

Fra lovens ikrafttredelse oppheves lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern.

§ 8-3 Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover:

I lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp skal § 22 tredje ledd nr. 3 lyde:

Sak for kontrollkommissjonen etter lov --- om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 6-4.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Det blir votert over den retta overskrifta til lova og lova i det heile.

V o t e r i n g :

Den retta overskrifta til lova og lova i det heile vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sendt til Lagtinget.

S a k n r . 2

Referat

1. (119) Statsministerens kontor melder at

1. lov om endring i lov av 4. juli 1927 nr. 11 om stamhuset Rosendal og om forandring i arverettsreglene for stamhuset Jarlsberg (Besl. O. nr. 66 (1998-99))
2. lov om endringer i lov av 24. juni 1994 nr. 39 om sjøfarten (sjøloven) (Besl. O. nr. 67 (1998-99)) – er sanksjonert under 28. mai 1999
Samr.: Blir lagt ved protokollen.
2. (120) Lov om midlertidig endring i politiloven (utvidet adgang til visitasjon) (Ot.prp. nr. 79 (1998-99))
Samr.: Blir send justiskomiteen.
3. (121) Lov om endringer i lov av 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) (Ot.prp. nr. 78 (1998-99))
Samr.: Blir send kyrkje-, utdannings- og forskingskomiteen.
4. (122) Lov om endringer i lov av 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. (arbeidsmiljøloven) (Ot.prp. nr. 77 (1998-99))
Samr.: Blir send kommunalkomiteen.
5. (123) Lov om endringer i lov av 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler m.v. (Ot.prp. nr. 80 (1998-99))
Samr.: Blir send næringskomiteen.
6. (124) Lov om særlige tiltak mot Den føderale republikken Jugoslavia (Ot.prp. nr. 81 (1998-99))
Samr.: Blir send utanrikskomiteen.

Møtet slutt kl. 23.20.
