

Informasjonsskriv

til medlemmer av kontrollkommisjoner
i psykisk helsevern



Helsedirektoratet



Heftets tittel: Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner
i psykisk helsevern

Utgitt: April 2008

Bestillingsnummer: IS-1559

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse
Postadresse: Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling: Oppgi bestillingsnummer IS-1559

Foto: Katrine Lunke
Grafisk design: Aase Bie
Trykk: Trykksaksekspedisjonen

Om dette dokumentet

Dette dokumentet skal gi en første generell informasjon til nye medlemmer av kontrollkommisjonen. Det gis en innføring i kontrollkommisjonens oppbygging og oppgaver. I tillegg beskrives en del praktiske og etiske sider ved det å være medlem av en kontrollkommisjon, blant annet vedrørende samarbeid og rolleforståelse.

For utdypende forståelse henvises til litteraturlisten.



Innholdsfortegnelse

1. RETTSIKKERHET	4
1.1. Kontrollkommisjonene i et historisk perspektiv	5
2. PSYKISK HELSEVERN	6
2.1. Behandling i det psykiske helsevern, herunder medikamentell behandling	8
3. FRIVILLIG VS. TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	10
4. TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	12
4.1. Etablering av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern	13
4.2. Vilkår for tvungen psykisk helsevern	13
4.2.1. Frivillighet skal være forsøkt eller åpenbart formålsløst	13
4.2.2. Uavhengig legeundersøkelse	14
4.2.3. Alvorlig sinnslidelse	14
4.2.4. Lovens tilleggsvilkår	16
4.2.4.1. Behandlingsvilkåret	16
4.2.4.2. Farevilkåret	17
4.2.5. Krav til institusjonen	17
4.2.6. Pasienten skal ha fått uttalt seg	17
4.2.7. Helhetsvurdering	17
5. KONTROLLKOMMISJONEN	18
5.1. Oppnevning	18
5.2. Tildeling av institusjoner	19
5.3. Godtgjørelse	19
5.4. Kontrollkommisjonens arbeidsoppgaver	20
5.4.1. Kontrollkommisjonen som klageorgan	22
5.4.2. Kontrollkommisjonen som kontrollorgan.	24
5.4.2.1. Dokumentkontroll	24
5.4.2.2. Tremånederskontroll/Ettårskontroll	24
5.4.2.3. Gjennomgang av tvangsprotokoller	25
5.4.2.4. Kommisjonens verktøy ved utøvelse av sin kontrollvirksomhet	26
5.4.3. Kontrollkommisjonens velferdskontroll	28
5.5. Møter og møtehyppighet	29

6. Å VÆRE MEDLEM AV EN KONTROLLKOMMISJON	30
6.1. De forskjellige roller	32
6.1.1. Om lederen/juristen sin rolle	32
6.1.2 Om rollen til legen.....	32
6.1.3 Om rollen til det alminnelige legmedlemmet	32
6.1.4 Om rollen til det legmedlemmet som er pasient/pårørenderepresentant	33
6.1.5. Om rollen til varamedlemmene	33
6.2. Kontrollkommisjonen som arbeidsfellesskap	34
6.2.1 Samarbeid	34
6.3. Kontrollkommisjonen og pasientene	34
6.3.1 Pasientbesøk	34
6.3.2 Pasientens verdighet i klagesaksmøter	36
6.3.3. Når pasientene kan utgjøre en risiko	37
6.4. Kontrollkommisjonen og pasientens nærmeste pårørende	38
6.5. Kontrollkommisjonen og institusjonen	39
6.5.1 Kontrollkommisjonens uavhengighet.....	39
6.5.2 Samarbeid – konflikt	39
6.5.3. Kontrollkommisjonens opptreden	40
6.5.4 Møter mellom kontrollkommisjonen og institusjonen	41
7. KONTROLLKOMMISJONEN OG ANDRE MYNDIGHETER	42
8. KONTROLLKOMMISJONEN OG OMVERDENEN	44
9. KONTROLLKOMMISJONSKONFERANSENE	46
Litteratur/Lover	47
Organisasjoner	48
Ordliste/Forklaringer/Forkortelser	48

1. RETTSIKKERHET



1.1. Kontrollkommisjonene i et historisk perspektiv

Helt siden sinnssykeloven av 1848, har kontrollkommisjonene hatt en sentral posisjon i kontrollen av det psykiske helsevern i Norge.

Kontrollkommisjonens rolle har vært diskutert ved flere korsveier. Den sentrale problemstilling har vært graden av nærhet kontrollkommisjonene skal ha til pasienten og institusjonene.

I denne diskusjonen har det på den ene siden vært hevdet at nærheten øker kontrollkommisjonenes kunnskap og tilgjengelighet, men på den annen side utgjør den samtidig en fare for at kommisjonene blir stuevarme og institusjonstro.

Det har også vært et tema om kontrollkommisjonene har tilstrekkelig faglig tyngde til å kunne overprøve institusjonenes avgjørelser.

Selv om det gjennom årene har vært rettet et nokså kritisk lys på kommisjonene, har ordningen med små justeringer blitt stående som den sentrale garantien for at det ikke skal gjøres urett mot pasienter innen det psykiske helsevernet.

Det norske systemet med en kontrollkommisjon som består av personer med medisinsk kompetanse, pasient/pårørende erfaring, juridisk kompetanse og generell menneskekunnskap, synes å være unik i forhold til ordningene i de øvrige nordiske land. I Norden og Europa for øvrig, er det stort sett tillagt domstolene å treffe avgjørelser knyttet til en tvangsinnleggelse.



2. PSYKISK HELSEVERN

Mennesker med psykiske problemer vil vanligvis først komme i kontakt med helsevesenet i kommunene. Det kan skje for eksempel ved henvendelse til fastlege, helsestasjon eller det øvrige psykiske helsearbeidet i kommunen (psykiatrisk sykepleier, psykolog m.v.).

Det foregår et omfattende psykisk helsearbeid i kommunene. Psykisk helsearbeid omfatter utredning, behandling og rehabilitering. Kommunenes innsats som rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser vektlegger særlig:

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand
- Mulighet til å delta i meningsfylte aktiviteter
- Behandling og rehabilitering
- Mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon

Kontrollkommisjonene har imidlertid ingen funksjoner i forhold til psykisk helsearbeid i kommunene. Kontrollkommisjonenes oppgaver er knyttet til gjennomføring av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Gjennomføring av psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten og er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av



mennesker med psykiske lidelser. Behandlingen kan skje ved sykehus eller ved distriktpspsykiatriske sentra (DPS). Pasienten kan bo hjemme og gå til poliklinisk behandling, oppholde seg på institusjon eller være i privat forpleining.

St. prp. nr. 63 (1997–1998) om Opptappingsplanen for psykisk helse, har som mål å bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre eget liv. For å bygge opp under dette, utvikles desentraliserte, tilgjengelige og sammenhengende tjenester. I tråd med Opptappingsplanen, etableres mange DPS. Et DPS skal ha hovedansvaret for de generelle tilbud innen psykisk helsevern. Det skal ha døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og ambulante team, inkludert ambulante akutt-team. DPS skal arbeide i nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

Sykehusavdelingene skal gi et ytterligere spesialisert tilbud. Eksempler på tilbud som vanligvis ligger på sentralsykehusnivå er akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, pasienter med alvorlig psykisk lidelse, for eksempel alvorlig spiseforstyrrelse, pasienter med sammensatte problemstillinger som rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser etc.

2.1 Behandling i det psykiske helsevern, herunder medikamentell behandling

Psykisk helsevern tilbyr et bredt spekter av behandlings – og omsorgs-tilbud. Både DPS og sykehusavdelinger tilbyr diagnostisk utredning og ulike former for behandling. De fleste mennesker med en psykisk lidelse får den hjelpen de trenger ved et DPS eller i et samarbeid mellom kommunens helse – og sosialfaglige tjenester og DPS. DPS kan tilby ulike former for individuell behandling i form av støtteterapi, kognitiv terapi, miljøterapi, psykoterapi og/eller medikamentell terapi. Mange DPS tilbyr også gruppeterapi. DPS skal i tillegg bistå med tilrettelegging av individuell plan og koordinering av hjelpetilbud samt opplæring og informasjon om ulike psykiske lidelser til pasienten, pårørende og samarbeidspartnere. I perioder kan man trenge hjelp i form av en innleggelse på en døgnavdeling. Dette kan dreie seg om innleggelse i en akuttpsykiatrisk avdeling eller noe lengre tids innleggelse på en døgnavdeling fordi man har en særlig vanskelig og/eller komplisert lidelse. Ved innleggelse på sykehus vil man få tilsvarende tilbud om terapi som nevnt over.

Medikamentell behandling

Siden medikamenter er en viktig del av behandlingen av alvorlige sinnslidelser, har vi tatt med en omtale av dette temaet. Det eksisterer mange, og til dels forvirrende, betegnelser på de ulike gruppene av medikamenter som brukes i det psykiske helsevern. I Norge benyttes et system som er anbefalt av WHO som et globalt klassifikasjonssystem for legemidler. Dette kalles ATC-klassifikasjonssystemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Etter området om anatomien i ATC-systemet, kommer medikamentene som benyttes i det psykiske helsevern i gruppen N for nervesystem.

De medikamentene som benyttes mest i det psykiske helsevern hører i ATC-systemet til gruppene antipsykotika og antidepressiva. I tillegg benyttes medikamenter i gruppene anxiolytika (angstdempende medikamenter med salgsnavn som for eksempel Valium og Alopam); hypnotika (sove-medisiner med salgsnavn som f eks Mogadon og Imovane) og enkelte

antiepileptika (for eksempel Lamictal og Orfiril som brukes som stemningsstabiliserende medisin ved affektive lidelser).

Valium og Lamictal er produsentenes salgsnavn på medikamentene. De kjemiske betegnelsene på disse preparatene er henholdsvis diazepam og lamotrigin. De kjemiske betegnelsene kalles også generiske navn. Når en produsent mister patentrettighetene til et preparat, kan andre produsenter lage identiske preparater. Disse kopipreparatene kalles gjerne generika, og er ofte vesentlig billigere enn originalpreparatet.

Antipsykotika er den viktigste medikamentgruppen som brukes av pasientene kontrollkommisjonen møter. Disse preparatene brukes mest av pasienter med diagnosene schizofreni eller akutt eller reaktiv psykose. Det første preparatet i denne gruppen var klorpromazin som kom ca 1950. Siden har det kommet, og kommer, en rekke nye preparater i denne gruppen. Det er ingen tvil om at medikamentene er effektive, men de kan også være forbundet med bivirkninger (som for eksempel munntørrehet, stivhet og skjjelving, ufrivillige tungebevegelser, vektøkning, nedsatt libido, benmargssuppresjon). Gjennom forskning forsøker man å finne preparater med bedre effekt og færre bivirkninger. Både eldre og nyere preparater er i bruk. Noen av salgsnavnene er Nozinan, Haldol, Leponex, Zyprexa, Risperdal, Seroquel og Abilify. Alle preparatene finnes i tablettform, men noen finnes også i injiserbar form og settes som sprøyter.

Enkelte av de injiserbare medikamentene er såkalte depotpreparater. Dette innebærer at det kjemisk virksomme stoffet avgis gradvis over en lengre periode. Slike depotinjeksjoner kan derfor settes med flere ukers mellomrom og brukes gjerne i situasjoner der det er behov for tvangsmedisinering. Preparatene Trilafon, Cisordinol, Fluanxol og Risperdal finnes i depotform.

Medikamentene i gruppen antidepressiva er også i omfattende bruk i det psykiske helsevern. Disse preparatene brukes ved depresjoner men har også vist seg å være virksomme mot ulike angsttilstander. I våre dager benyttes i størst grad såkalte SSRI-preparater (selektive serotoninreopptakshemmere). Men det benyttes fortsatt eldre preparater, de såkalte tricycliske antidepressiva og flere nye grupper kjemiske forbindelser. Salgsnavn på noen av preparatene i denne gruppen er Klomipramin, Cipralex, Zoloft og Efexor.

3. FRIVILLIG VS. TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN



Psykisk helsevern skal som hovedregel skje ved frivillighet. Respekt for pasientens autonomi er et grunnleggende prinsipp i helseretten, både innenfor somatisk og psykiatrisk behandling. Størst mulig grad av frivillighet er også et uttalt mål i Opptrappingsplan for psykisk helse. Det vises til Helsedirektoratets «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern» IS 1370.

De fleste pasientene som behandles i det psykiske helsevern mottar frivillig behandling, poliklinisk eller ved innleggelse.

Dersom pasienten er under tvungent psykisk helsevern skal dette skje under ansvar av en institusjon (sykehus eller DPS) som er godkjent av Helsedirektoratet for tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevern-loven (phvl.) § 3-5. Det finnes to ulike «tvangsformer» – tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. phvl. § 3-5 første og tredje ledd. Er pasienten under tvungent vern uten døgnopphold vil vedkommende vanligvis bo hjemme og motta poliklinisk behandling. Vedkommende kan imidlertid bo i en institusjon også under denne tvangsformen.

I henhold til en pasienttelling var det på en gitt dag i 2003 ca 1000 personer under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i Norge. Ca 26 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern for voksne, i institusjon godkjent for tvang, er til tvungent psykisk helsevern. Antall tvangsinnlagte pasienter per 10 000 innbyggere over 18 år varierer fra 0,5 til 6,1 mellom helseforetakene (pasienttellingen i 2003), jf. rapport fra Helsetilsynet 4/2006. Denne rapporten viser altså at det er store geografiske forskjeller når det gjelder bruken av tvang. Den viser også at de pasientene det blir brukt tvang ovenfor, har dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som behandles frivillig.

Kontrollkommisjonens oppgaver knytter seg i hovedsak til pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

4. TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN



4.1. Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt pasienten for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt, jf. phvl. § 3-1. Denne legen skal være uavhengig av den institusjonen hvor tvangen deretter etableres. Det er en viktig rettssikkerhetsgaranti at to uavhengige instanser undersøker pasienten og finner vilkårene for tvang oppfylt.

Dersom pasienten unndrar seg undersøkelse, kan kommunelegen på eget initiativ, eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at slik undersøkelse skal foretas. Om nødvendig kan pasienten hentes og undersøkes med tvang, jf. phvl. § 3-1, jf. § 3-6. Det er kun politiet som kan utøve fysisk makt utenfor institusjon, og som for eksempel kan bane seg adgang til pasientens hjem.

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og ytterligere en legeundersøkelse ved aktuelle institusjon, foretar den faglig ansvarlige i det psykiske helsevernet, (det vil si psykiater eller psykologspesialist med nærmere angitt spesialitet og erfaring), en vurdering av om det er grunnlag for å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Ved etablering av tvungen observasjon skal det anses som overveiende sannsynlig at hoved- og tilleggsvilkår er oppfylt, se nærmere nedenfor. Tvungen observasjon kan ikke vare over 10 dager etter undersøkelsens begynnelse. I særlige tilfeller kan observasjonen forlenges med inntil ti nye dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder.

4.2. Vilkår for tvungent psykisk helsevern

4.2.1. Frivillighet skal være forsøkt eller åpenbart formålsløst

I psykisk helsevernloven stilles det som vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern at frivillig vern først har vært forsøkt, eller det er ansett som åpenbart formålsløst å forsøke.

4.2.2. Uavhengig legeundersøkelse

Som nevnt under avsnitt 4.1 er det et vilkår for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern at to uavhengige leger har undersøkt pasienten.

4.2.3 Alvorlig sinnslidelse

Alvorlig sinnslidelse er hovedvilkåret for å anvende tvungent psykisk helsevern. Begrepet er ikke en medisinsk diagnose, men et rettslig begrep som er direkte knyttet til psykisk helsevernloven. Den medisinske forståelse er imidlertid helt avgjørende for å kunne forstå det rettslige begrepet alvorlig sinnslidelse.

Fra 1997 har man i Norge benyttet den psykiatriske delen av ICD-10 (International Classification of Diseases) ved diagnostisering av psykiatrisk sykdom. I dette klassifikasjonssystemet finnes ikke begrepet alvorlig sinnslidelse.

Kjerneområdet for begrepet alvorlig sinnslidelse er psykosene. Her gis en kort omtale av noen nøkkelbegrep, definisjoner og en kort oversikt over aktuelle diagnoser.

Det sentrale kjennetegnet ved psykose er sviktende realitetsvurdering eller realitetsbrist. Det betyr at oppfatningen og tolkningen av virkeligheten omkring pasienten er bristende, sviktende eller feilaktig. Pasienten kan for eksempel høre stemmer som ingen andre hører, eller kan oppfatte at noen ser på ham/henne på gaten, eller at det for eksempel planlegges et komplott.

Psykose kan defineres som nærvær av bestemte symptomer som medfører realitetsbrist. Det dreier seg om hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, forvirring/svekket orientering, svekket hukommelsesfunksjon eller bisarr atferd. Hallusinasjoner er sanseopplevelser for syn, hørsel, lukt, smak eller berøring som oppleves uten at det foreligger stimulering av sanseorganene. Vrangforestillinger er følelsesmessig ladede forestillinger om ulike forhold som strider mot det som omgivelsene betrakter som riktig, sant eller virkelig. Tankeforstyrrelser kan gi seg uttrykk i usammenhengende tale, løse assosiasjoner fra et emne til et annet, økt eller redusert hastighet i tankeproduksjon. Pasienter med psykotiske symptomer har gjerne avvikende adferd og sosial funksjonssvikt. Dette skyldes at pasienten til dels handler ut fra sine psykotiske forestillinger eller at pasienten er så opptatt med sine symptomer at han eller hun ikke klarer å fungere normalt. Dette

kan føre til sterk uro og impulsive handlinger. Hvis symptomene ikke er så omfattende, trenger ikke psykosen føre til merkbar funksjonssvikt.

Pasienten kan ha positive og negative symptomer. Eksempler på positive psykotiske symptomer er hallusinasjoner (syns-, hørsels-, lukthallusinasjoner), ulike vrangforestillinger (paranoide forestillinger, storhetsforestillinger, depressive vrangforestillinger). Eksempler på negative symptomer er initiativløshet, passivitet og tilbaketrekning.

Psykotiske pasienter har ofte manglende sykdomsinnsikt. De oppfatter sine hallusinasjoner og vrangforestillinger som virkelige og konkrete fenomener. Noen pasienter vil imidlertid kunne ha sykdomsfølelse, dvs. at de opplever seg som syke og behandlingstrengende, uten at de knytter det til den lidelsen de har.

Psykosene inndeles i to grupper: organisk psykoser og funksjonelle psykoser. I det psykiske helsevern er det de funksjonelle psykosene man oftest treffer på. Begrepet funksjonell innebærer at man ikke er i stand til å påvise noen sykkelige organiske forandringer. De funksjonelle psykosene er inndelt i undergrupper:

- 1 Schizofreniene
2. Bipolare sinnslidelser
3. Paranoide og reaktive psykoser

Med organisk betingede psykoser forstås sykkelige psykiske reaksjoner som i all vesentlig grad er betinget av organisk skade på sentralnervesystemet. Det er mange ulike sykdomstilstander i denne gruppen, men senil demens er den dominerende.

Den overveiende del av alvorlige sinnslidelser tilhører de tilstandene som blir diagnostisert som en eller annen form for psykose. Av forarbeidene til psykisk helsevernloven, fremgår det imidlertid at man ikke ønsket å avgrense hovedkriteriet for tvungent psykisk helsevern, til bare å omfatte psykoser. Hvilke tilstander som i tillegg til psykosene kan være en alvorlig sinnslidelse, vil bero på en helhetsvurdering av hvilke utslag sykdommen gir seg.

I tillegg til de aktive psykosene, kan for eksempel visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser, anses for å være en alvorlig sinnslidelse. Det samme gjelder pasienter med kronisk psykosesykdom som er symptomfrie pga antipsykotisk medikasjon.

Eksempler på andre tilstander som kan falle inn under «alvorlig sinnslidelse» kan være:

- Personlighetsforstyrrelser:
 - når vold, utagering, kriminell atferd når et høyt nivå
 - når selvskadende atferd er alvorlig. Eksempel: veksling mellom helt ordnet oppførsel og suicidforsøk / vold mot miljøpersonal / manipulerende atferd / regresjon
- Suicidalitet
- Personer med ikke absolutt klare psykotiske lidelser men hvor kombinasjonen med f.eks. psykisk utviklingshemning eller rusmisbruk gir tap av mestrings evnen. Eksempel: fører til høy gjeld ved kjøp/tjenester på nettet.
- Alvorlige spiseforstyrrelser med destruktiv symptomatferd som påvirker pasientens psykiske, funksjonelle og somatiske tilstand på en inngripende måte

Når pasientens tilstand er tilstrekkelig utredet til at man vet hva slags tilstand sykdomsbildet representerer, stiller man en diagnose.

Symptombildet kan imidlertid minne om flere tilstander eller diagnoser.

Man kan da stille en tentativ diagnose (foreløpig diagnose) og deretter foreta nærmere utredning for å kunne fastsette diagnosen.

Når symptombildet kan være tilstede ved flere ulike tilstander, kan flere differensialdiagnoser være aktuelle. Tilstanden må da utredes videre til man kan stille en diagnose.

4.2.4. Lovens tilleggsvilkår

Det er ikke tilstrekkelig at pasienten alene har en alvorlig sinnslidelse.

Pasienten må også tilfredsstillende ett av lovens to tilleggsvilkår.

4.2.4.1. Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret har en såkalt positiv og en negativ side. Det er nok at en av de to sidene er oppfylt. Den positive siden, innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert. Den negative siden, innebærer at det uten tvungent psykisk helsevern er en stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret. I Ot.prp. nr.11 for 1998–99 s. 80 sies at det på

bakgrunn av at en del depotmedikamenter har langtidsvirkning, «vil det være naturlig å antyde en grense for vurderingen på maksimum to måneder» når det gjelder tidskravet. Høyesterett har i en senere dom antydnet en grense ned mot to måneder, jf. Rt. 2001 s. 752. På bakgrunn av dette legges det til grunn at det med i «i meget nær fremtid» menes maksimalt tre til fire måneder.

4.2.4.2. Farevilkåret

Det kan også være et grunnlag for tvungent psykisk helsevern dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for enten eget eller andres liv eller helse. Når det gjelder fare for eget liv eller helse, kan det både være fare for selvmord eller selvbeskadigelse. Det kan også dreie seg om en fare for at pasienten forkommer eller lider overlast på en slik måte at dette utgjør en fare for eget liv. Når det gjelder fare for andres liv, må det dreie seg om skade av et visst omfang, men både psykisk og fysisk skade omfattes. Høyesterett har i en dom om farevilkåret gitt uttrykk for at det ikke kan kreves at faren skal oppstå innenfor en klart begrenset tidshorisont.

4.2.5. Krav til institusjonen

Det er videre slik at tvungent psykisk helsevern ikke kan etableres uten at ansvarlig institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Institusjonen skal videre være godkjent av Helsedirektoratet for bruk av tvungent psykisk helsevern.

4.2.6. Pasienten skal ha fått uttalt seg

Det er et vilkår at pasienten er gitt anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet selve etableringen av tvangen samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet.

4.2.7. Helhetsvurdering

Det er videre et vilkår for tvungent psykisk helsevern, at tvangen etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for pasienten, med mindre vedkommende anses å utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved helhetsvurderingen, skal det legges særlig vekt på hvor belastende det tvungne vernet er for pasienten.



5. KONTROLLKOMMISJONEN

5.1. Oppnevning

Kontrollkommisjonens medlemmer oppnevnes av fylkesmennene for fire år av gangen. Medlemmenes perioder overlapper hverandre for å sikre nødvendig kontinuitet.

Lederen skal være jurist og skal være kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer.

Ett medlem skal være lege. I tillegg skal det være to legmedlemmer hvorav den ene enten selv har vært under psykisk helsevern, er eller har vært nærstående til pasient, eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv.

Alle medlemmer skal ha personlige varamedlemmer.



5.2 Tildeling av institusjoner

Hvilke institusjoner den enkelte kommisjon har ansvar for, bestemmes av Helsedirektoratet, i samråd med fylkesmannen som har kunnskap om lokale forhold. Det er i dag 57 kontrollkommisjoner i landet.

5.3. Godtgjørelse

Fylkesmennene utbetaler godtgjørelse til kontrollkommisjonens medlemmer i henhold til forskrift om godtgjøring m.m til kontrollkommisjonen.

Arbeidet til kontrollkommisjonens medlemmer godtgjøres etter differensierte timesatser som beregnes i prosent av den offentlige salærsats for advokater m.v. (pr. 1. januar 2008 kr. 850,-).

Jurist i lønnet stilling	75 %	kr. 638,-
Jurist som er selvstendig næringsdrivende	100 %	kr. 850,-
Lege i lønnet stilling	75 %	kr. 638,-
Privatpraktiserende lege	100 %	kr. 850,-
Øvrige medlemmer	37,5 %	kr. 319,-
Øvrige medlemmer som er selvstendig næringsdrivende	50 %	kr. 425,-
Sekretærhjelpe	25 %	kr. 213,-

5.4 Kontrollkommisjonens arbeidsoppgaver

Kommisjonenes arbeid er tredelt

1. Kontrollkommisjonen som klageorgan
2. Kontrollkommisjonen som kontrollorgan
3. Kontrollkommisjonens tilsyn med pasientenes velferd

Rettslig grunnlag for kontrollkommisjonens oppgaver

Det rettslige grunnlag for kontrollkommisjonenes oppgaver som klageorgan og kontrollorgan, finnes ulike steder i psykisk helsevernloven og i forskrift om kontrollkommisjonenes virksomhet, mens kontrollkommisjonens kontroll med pasientenes velferd er nedfelt i phvl. § 6-1 annet ledd.

Når kontrollkommisjonen opptrer som klageorgan og kontrollorgan, har den også en direkte beslutningsmyndighet i motsetning til når den utøver kontroll med pasientenes velferd. Tabellen nedenfor gir en skjematisk oversikt over hvordan kommisjonen skal forholde seg til de enkelte oppgaver den er tildelt.

Sakstype	Beslutningsmyndighet	Råd, merknader
Dokumentkontroll	Avgjørelse om å godkjenne, oppheve, reparere	Merknad om andre forhold: ...
Klagesaker	Vedtak	Som hovedregel ikke
3 mnd / 1 års	Vedtak	Som hovedregel ikke
Velferd	Ingen	Ja

Kontrollkommisjonenes oppgaver er altså i stor grad rettslig styrt. Kommisjonenes praktiske gjennomføring av oppgavene har imidlertid variert, ved at kommisjonene selv har utviklet sin form og arbeidsmetode. Det er imidlertid ønskelig at unødvendige variasjoner reduseres, slik at pasienten møter «samme kontrollkomisjon» uansett hvor han eller hun blir innlagt i landet.

Vi vil nedenfor kort skissere kommisjonens ulike oppgaver, og måten disse gjennomføres på. For en mer utfyllende gjennomgang av saksbehandlingsreglene, se forskrift om kontrollkommisjonenes saksbehandling og Helsedirektoratets «Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern» IS 10/2007 og direktoratets maler for de ulike kontrollkommisjonsvedtakene.

5.4.1 Kontrollkommisjonen som klageorgan

Klagesakene kan skjematisk inndeles to hovedgrupper:

A

Klager knyttet til vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og klager knyttet til overføringer.

Disse klagesakene er spesielt viktige, fordi inngrepet overfor pasienten er så stort

Kontrollkommisjonens saksbehandling:

- Kommisjonens leder skal sørge for at pasienten får oppnevnt en advokat, uten kostnad for pasienten.
- Det skal avholdes møte.
- Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker fra klagen ble brakt inn for den.
- Kommisjonens leder bør anmode faglig ansvarlig om å lage en skriftlig redegjørelse i saken.
- Kommisjonen skal være fulltallig.
- Den faglig ansvarlige på institusjonen bør bes om å møte.
- Pasienten møter sammen med sin advokat.
- Kommisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst.
- Etter at møte er gjennomført, sitter kommisjonen sammen og drøfter saken for å komme frem til en avgjørelse. Når stemmene står likt, gjør lederens stemme utslaget. Dersom medlemmene ikke kommer frem til enighet, skal uenigheten fremkomme av vedtaket (dissens). Kommisjonens leder skriver vedtaket. I enkelte kommisjoner utformes dissensen av den som dissenterer.
- Vedtaket skal inneholde en gjennomgang av alle vilkårene for tvungent psykisk helsevern.
- Alle kommisjonens medlemmer skal underskrive vedtaket, evt. kan lederen underskrive etter fullmakt fra de andre. At slik fullmakt er gitt må fremgå av vedtaket.

B

Klager i forbindelse med vedtak knyttet til selve oppholdet ved institusjonen

- Klage på vedtak om skjerming
- Klage på vedtak som begrenser pasientens rett til å motta besøk, benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker
- Klage på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon.
- Klage på vedtak om beslag
- Klage på vedtak om urinprøvetaking
- Klage på vedtak om bruk av tvangsmidler
- **OBS: Klage på vedtak om tvungen undersøkelse og behandling avgjøres av Fylkesmannen.**

Kontrollkommisjonens saksbehandling:

- Pasienten skal få anledning til å uttale seg før kommisjonen avgjør saken.
- Kommisjonens leder bør anmode faglig ansvarlig om å lage en skriftlig redegjørelse i saken.
- Kommisjonen skal være fulltallig.
- Det er ikke noe krav om at det avholdes møte.
- Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker fra klagen ble brakt inn for den.
- Vedtaket skal inneholde en gjennomgang av vilkårene for det spesifikke tiltaket.
- Alle kommisjonens medlemmer skal underskrive vedtaket, evt. kan lederen underskrive etter fullmakt fra de andre. At slik fullmakt er gitt må fremgå av vedtaket.

A + B

Av og til fremmer pasienten klager under A og B samtidig. Det er da naturlig å behandle slike klager i samme møte.

5.4.2. Kontrollkommisjonen som kontrollorgan

Kontrollkommisjonens kontrolloppgave kan deles i tre:

- Dokumentkontroll
- Tremånederskontroll/Ettårskontroll
- Gjennomgang av tvangsprotokoller

5.4.2.1 Dokumentkontroll

Dokumentkontrollen er regulert i psykisk helsevernloven § 3–8 første ledd, hvor det står: «Når noen er undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket er bygget på en vurdering av vilkårene i §§ 3-2 eller 3-3.»

Det stilles ikke noen formelle krav til hvordan en dokumentkontroll skal gjennomføres.

Dokumentkontrollen utføres forskjellig i de ulike kommisjoner, her er noen eksempler:

- Kommisjonen samles og fordeler sakene seg imellom. Dersom noen saker byr på vanskeligheter, diskuteres de i plenum. I spesielle saker blir vedtaksansvarlig eller avdelingsoverlege innkalt for å belyse saken ytterligere.
- Kommisjonen gjennomgår alle sakene i plenum, ellers som ovenfor.
- Kommisjonen gjennomgår sakene i plenum, med representant for institusjonen til stede, som gir utfyllende muntlig informasjon.
- Kommisjonen trenger ikke være fulltallig.

5.4.2.2 Tremånederskontroll/ Ettårskontroll

Tremånederskontroll /Ettårskontroll er regulert i psykisk helsevernloven § 3-8 annet og tredje ledd hvor det står:

«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.»

Ved tremånederskontrollen skal kommisjonen også se til at pasienten har fått utarbeidet en individuell plan.

Kontrollkommisjonens saksbehandling:

- Det er ikke krav om at det avholdes møte.
- I noen kommisjoner gis pasienten tilbud om å møte sammen med den faglig ansvarlige.
- Pasienten skal gis anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Noen kommisjoner varsler pasienten skriftlig før vedtak treffes, mens andre oppsøker pasienten før saken tas opp til behandling.
- Kommisjonen skal være fulltallig.

5.4.2.3 Gjennomgang av tvangsprotokoller

Sykehuset har plikt til å føre vedtak om tvungen undersøkelse og behandling, tvangsmidler og skjerming inn i spesielle protokoller. Dette skal gi en oversikt over bruken av disse tiltakene ved institusjonen.

Av kontrollkommisjonsforskriftens § 4-2 fremgår det:

«Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak. Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene hvor opplysninger om bruk av skjerming, tvangsmidler og behandling uten eget samtykke er ført inn.»

Kontrollkommisjonens saksbehandling:

Det er ingen formelle krav til hvordan kontrollkommisjonen skal gjennomgå tvangsbehandlingsprotokollene. Noen kommisjoner overlater til enkeltmedlemmer å gå igjennom protokollene, andre kommisjoner går gjennom protokollene i et samlet møte og noen også sammen med de faglig ansvarlige. Ved gjennomgangen av tvangsprotokollene, er det naturlig at kommisjonen kontrollerer at det er samsvar mellom protokollen og det vedtak som er truffet.

Helsedirektoratet ferdigstilte våren 2008 maler for vedtak etter psykisk helsevernloven til bruk i elektronisk pasientjournal. En slik registrering av vedtak om tvang i elektronisk pasientjournal vil muliggjøre elektroniske tvangsprotokoller. En overgang fra papirprotokoller til elektroniske tvangsprotokoller vil lette oversikten over tvangsbruken både for institusjonen selv og for kontrollkommisjonene.

5.4.2.4. Kommisjonens verktøy ved utøvelse av sin kontrollvirksomhet

Elektronisk pasientjournal

De fleste institusjoner i det psykiske helsevern har innført elektronisk pasientjournal (EPJ). Dersom det legges opp til at kommisjonens medlemmer skal bruke den elektroniske pasientjournalen i sitt arbeid, bør institusjonen i forkant tilby medlemmene et innføringskurs. Legges det ikke opp til at kommisjonen bruker EPJ, må institusjonen legge frem en oppdatert papirjournal.

Se for øvrig Helsedirektoratets «Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene» IS 10/ 2007 kap. 3.1.3.1 om kontrollkomisjonens tilgang til EPJ.

Aktuelle dokumenttyper i pasientjournalen

Spesialistvedtak skrevet i den løpende journal er den faglig ansvarliges begrunnelse av avgjørelser knyttet til pasientens inntak, til avgjørelser om overføring av pasienten til annen institusjon eller til avgjørelser i forbindelse med selve oppholdet.

- Vedtaksskjemaer
- Journalnotater er en løpende vurdering av pasienten som enten gjøres av lege/psykolog (i behandlerjournal) eller av sykepleier, sosionom eller annet miljøpersonell (i egen journal).
- Individuell plan
- Oversikt over tidligere innleggelser (typisk med tidsrom, oppholdssted og diagnose)
- Epikriser (oppsummering av opphold, diagnostiske vurderinger og videre behov)

Protokoller

- Protokoll for vedtak om tvangsmidler
- Protokoll for under vedtak om undersøkelse og behandling uten pasientens samtykke
- Protokoll for vedtak om skjerming

Protokollene er, til forskjell fra pasientjournalen, knyttet til en post/avdeling. Hver protokollside gjelder én pasient. Protokollene vil som sagt etter hvert bli ført elektronisk.

Kommisjonens egne vedtak

Det er naturlig at kontrollkommisjonen også ser tilbake på egne tidligere vedtak (disse vil også være lagt inn i pasientjournalen).

Andre nyttige dokumenter:

- Husordensreglement
- Elektronisk håndbok er i bruk ved flere institusjoner. Den er beregnet på de ansatte, og gir et godt bilde av rutiner, vurderinger og ambisjoner.
- Liste over spesialister med vedtakskompetanse, eventuelt med dispensasjon.
- Beleggsliste/postoversikt. Dette gir en oversikt over pasientene og hvor de oppholder seg, og over nye og utskrevne pasienter.
- Pasientoversikt. Avhengig av institusjonstypen og om pasienten er under frivillig eller tvungent vern, kan den inneholde: pasientansvarlig behandler (PAB), etableringsdato for vernet, tremåneders kontroller og forlengelse av vernet, om individuell plan finnes, hvilke vedtak som er fattet etter forrige besøk kommisjonen foretok osv.

5.4.3. Kontrollkommisjonens velferdskontroll

Kontrollkommisjonens velferdskontroll er nedfelt i psykisk helsevernloven § 6 -1 annet ledd:

«I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker av 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 Helsetilsynet i fylket.»

Hvordan kontrollkommisjonen utøver det generelle tilsynet, vil være avhengig av hva pasientene, pasientens pårørende og de ansatte ved institusjonen tar opp og av hva kommisjonen selv ser og er opptatt av.

Eksempler på hva som kan tas opp:

- Husordensregler (som kontrollkommisjonen skal påse er i overensstemmelse med loven), herunder regler for bruk av telefon, mobiltelefon, datamaskin, musikkspillere
- Fysiske forhold
- Aktivitetstilbud
- Mulighetene for personlig utfoldelse som hobbyvirksomhet, trim og praktisering av religion
- Regler og tilrettelegging for røykere
- TV-stue, bibliotek, tilgang til aviser etc.
- Permisjons- og utgangsregler
- Mulighetene til å deponere verdisaker
- De konkrete restriksjonene på skjermet avsnitt
- Om renhold og vedlikehold er tilstrekkelig
- Om sosionom er tilgjengelig, og hva en sosionom kan bistå med
- Tilrettelegging for besøk fra pårørende
- Skole og kurstilbud

5.5. Møter og møtehyppighet

Hvor ofte kommisjonens medlemmer møtes, vil variere etter hvor omfattende ansvarsområde den enkelte kommisjon har (både hvor mange pasienter og hvilke type institusjoner)

- Institusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, skal oppsøkes minst en gang pr. måned.
- Andre institusjoner skal oppsøkes minst 4 ganger årlig. DPSer med ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, må vurderes besøkt hyppigere.
- Noen av besøkene bør skje uanmeldt.
- I tillegg kommer møter for behandling av klagesaker og behandling av tremåneders- og ettårskontroll.

6. Å VÆRE MEDLEM AV EN KONTROLLKOMMISJON



Hver kontrollkommisjon representerer et arbeidsfellesskap hvor det er viktig at hvert medlem bidrar ut fra sin formelle posisjon, men også ut fra sine personlige egenskaper.

Selv om medlemmene gjerne har klare meninger og holdninger, også på det politiske plan, gir ikke rollen som medlem av en kontrollkommisjon rom for formidling av dem. Kontrollkommisjonens rolle er primært på individnivå.

Kontrollkommisjonens medlemmer er underlagt regler om taushetsplikt og habilitet. Taushetsplikten følger av forvaltningslovens §§ 13 til 13 e og kontrollkommisjonsforskriftens § 1-3. Taushetsplikten gjelder selv om det enkelte medlem ikke har underskrevet en taushetserklæring. Reglene om habilitet følger av domstollovens kap. 6, jf. psykisk helsevernlovens § 6-4 syvende ledd. Dersom en bruker/pårørenderepresentant har personlig erfaring fra den institusjon kommisjonen er knyttet til, er dette i utgangspunktet ikke til hinder for å utøve vervet som kontrollkommisjonsmedlem.

Det er viktig at kontrollkommisjonens medlemmer ikke identifiserer seg med institusjonen eller behandlerrollen. Dette kan være en særlig utfordring for de av kommisjonens medlemmer som har yrkeserfaring fra helsevesenet.

6.1. De forskjellige roller

6.1.1. Om lederen/juristen sin rolle

Kommisjonens leder skal legge forholdene til rette slik at alle medlemmene føler seg trygge i utøvelsen av kommisjonsarbeidet.

Lederen har ansvaret for hvordan arbeidet i kommisjonen gjennomføres. Dette gjelder både det praktiske arbeid, slik som å sette opp møteplaner, attestering av godtgjørelse til medlemmene, men også gjennomføring av kommisjonens møter. Kommisjonens leder har ansvaret for at de øvrige medlemmene får tilgang på nødvendig underlagsmateriale til det arbeid som skal utføres.

Det er også lederens oppgave å legge til rette for at medlemmene får stille spørsmål under møter. Kommisjonens leder må være oppdatert på de juridiske føringene for kontrollkommisjons arbeid og skal formidle dette til de øvrige medlemmene, både i form av veiledning, men også i forhold til å sørge for distribuerings av rundskriv m.m.

6.1.2 Om rollen til legen

I mange kommisjoner er legen allmennlege og har sitt daglige virke som behandler, gjerne som fastlege. I kontrollkommisjonen er imidlertid legens rolle en annen. Her har han eller hun rollen som medisinsk sakkyndig og det er da viktig at legen er bevisst på forskjellen mellom disse to rollene.

6.1.3 Om rollen til det alminnelige legmedlemmet

Dette medlemmets rolle er å representere den alminnelige sunne fornuft. I enkelte kommisjoner har dette medlemmet en fagbakgrunn som for eksempel sykepleier/sosionom. Rollen vil da ofte bære noe preg av dette som tilførsel av ytterligere kompetanse til kommisjonen.

6.1.4 Om rollen til det legmedlemmet som er pasient/pårørenderepresentant

Erfaringene dette medlemmet har fra tidligere, kan være svært ulike:

- Pasienterfaring kan romme alt fra frivillig vern, til å ha vært underlagt tvang i lengre tid.
- Pårørenderfaring kan ha gitt et positivt bilde av psykisk helsevern eller være langvarige og traumatiserende belastninger.
- Representasjon i verv kan være praktiske oppgaver i for eksempel et brukerråd, eller interessepolitisk arbeid i en organisasjon.

Det er viktig at bruker – og pårørenderepresentantene formidler sin erfaring på en generell måte. Dette innebærer at disse medlemmene må være tilbakeholdne med å formidle sine personlige opplevelser.

Bruker- og pårørendeorganisasjonene har ofte klare holdninger, som kan deles av pasient/pårørenderepresentanten. Kontrollkommisjonsordningen har imidlertid et mandat som gir liten mulighet for å opptre som *representant* for en organisasjon.

6.1.5 Om rollen til varamedlemmene

Varamedlemmer opplever ofte at det er krevende å være med i kontrollkommisjonen fordi erfaringene og læringen blir spredt utover i tid. Av den grunn bør forventningene til et varamedlem være mindre enn til de faste medlemmene. At et varamedlem ikke møter så hyppig, kan imidlertid være en unik kompetanse. Det å se ting med nye øyne kan føre til at det blir stilt viktige spørsmål som kan bidra til at kommisjonens uavhengighet blir opprettholdt, og også hindre at stigmatiserende holdninger får grobunn i kommisjonen.

I noen kommisjoner trekkes varamedlemmene mer intensivt med ved besøk på DPS, ved ferieavvikling og samlinger innad i kommisjonen. Det er også mulig at et medlem og dennes vara kan dele mer likelig på arbeidsmengden. For noen kan den fleksibiliteten være en forutsetning for deltakelse i en kommisjon.

6.2 Kontrollkommisjonen som arbeidsfellesskap

6.2.1 Samarbeid

En kontrollkommisjon består i utgangspunktet av fire mennesker med svært ulik bakgrunn. Samtidig er kommisjonen en liten enhet som skal samarbeide over lang tid. Oppgaven med å bygge opp og vedlikeholde kommisjonen som arbeidsfellesskap er utfordrende:

- Kompetanse og profesjonalitet er viktig for å kunne fungere med trygghet og selvstendighet.
- Et fellesskap kan være avgjørende for å holde ut møtet med andres lidelse og sterke inntrykk.

At kommisjonens medlemmer opplever store utfordringer på det menneskelige plan, er en del av kommisjonens hverdag. Det kan derfor være nyttig med en «debriefing» i spesielle situasjoner.

Hvis kontrollkommisjonen opplever problemer som ikke lar seg løse internt, kan lederen eller medlemmene vende seg til Fylkesmannen for å få råd.

6.3 Kontrollkommisjonen og pasientene

6.3.1 Pasientbesøk

Av kontrollkommisjonsforskriften § 4-2 fremgår det at «Pasienter som er innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter siste besøk skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen»

Alle nye pasienter på institusjonen underlagt tvang skal besøkes, selv om de tidligere har vært innlagt og også da har fått besøk. Noen pasienter har imidlertid et så kortvarig opphold på institusjonen at kommisjonen ikke rekker å oppsøke dem.

Organiseringen av pasientbesøkene kan gjøres på forskjellig måte:

- Ett medlem av kommisjonen besøker pasienten alene. Dette kan skape mindre uro for pasienten.
- Kommisjonen besøker pasienten samlet. Dette kan muligens formidle høytidelighet og respekt.

- Kontrollkommisjonen sitter samlet i et møterom og tar imot pasientene i tur og orden. Kommisjonen presenterer seg da i møteformens ramme.

Formålet med besøket er å gi informasjon om rettigheter utløst av tvangsbruken. Det kan gjennomføres slik:

«Knut» er blitt underlagt tvungent psykisk helsevern. To medlemmer av kontrollkommisjonen oppsøker avdelingen/ posten hvor Knut oppholder seg. Kommisjonen ber miljøpersonalet om å informere «Knut» om at de er tilstede og at han kan få snakke med dem hvis han ønsker det. Om «Knut» ønsker det, går kommisjonen inn på rommet hans eller et møterom og lukker døren. Samtalen tilpasses forholdene. Avklaringen om «Knut» ønsker å klage, stilles som åpne spørsmål, for eksempel «Hva vil du ...». Dette for å unngå implisitte forventninger om klage eller ikke klage. Lukkede spørsmål (med ja / nei svar) kan være fornuftige når pasienten er nær ved å bestemme seg, for eksempel «Du vil altså hjem?», «Vil du at vi skal oppnevne advokat for deg?» Om «Knut» er uklar på hva han ønsker, kan kommisjonen foreslå at han tenker seg om og heller kontakter kontrollkommisjonen senere. Han kan da gjøres oppmerksom på at personalet også kan motta klage og formidle den videre.

Hvis «Knut» framfører en klage og ønsker å utdype den der og da, kan det være fornuftig å avrunde samtalen med for eksempel å si «Dette er det riktig at du framfører i klagesaksmøtet og ikke bare overfor oss». Kommisjonen kan avslutningsvis gi konkret informasjon om hva som er i vente, for eksempel:

- Advokaten vil komme til deg her på sykehuset så dere sammen kan forberede dere.
- Du slipper å betale utgiftene til advokaten.
- Selve klagesaken vil bli avholdt her på sykehuset.
- Klagen vil bli behandlet neste onsdag.

Noen ganger er det tvil om pasienten har fremsatt en klage. I en slik situasjon kan åpne spørsmål bidrar til klarhet. Har pasienten selv sagt «Jeg klager», «Jeg vil hjem» foreligger en klage, men det bør likevel avklares om pasienten ønsker en klagesaksbehandling.

Pasienter under tvungent vern uten døgnopphold som bor hjemme

Kontrollkommisjonen skal ikke oppsøke disse pasientene i hjemmet. Kontakten med pasientene vil i praksis skje i forbindelse med klagesaksbehandling eller når kontrollkommisjonen er tilstede på DPSet.

Praktisk kan dette løses slik:

- Oppslag kunngjør når kontrollkommisjonen besøker DPSet.
- Oppslag med kontakinfo for kontrollkommisjonen gir mulighet for individuell avtale.

Pasienter som bor i institusjon eller lignende

Pasienter under tvungent vern uten døgnopphold, kan også bo i en kommunal bolig med noen støttefunksjoner, i kommunal institusjon med pleie/omsorg eller ha opphold i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i det psykiske helsevern eller i en rusinstitusjon. Kontrollkommisjonen må her vurdere hvordan kontakten mellom pasienten og kommisjonen best tilrettelegges. Viktig i vurderingen er at når en pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, bor i en institusjon eller institusjonslignende bolig, er tilbudet noe pasienten har akseptert på frivillig grunnlag. Boligtilbudet er slik sett ikke en del av det tvungne vernet.

Kontrollkommisjonens besøk på institusjonen bør uansett være annonsert (ved oppslag), slik at pasientene selv kan velge å samtale med kommisjonen. Det kan også være aktuelt å ha fellesmøter mellom pasientene og kommisjonen. Ellers kan også denne gruppen pasienter benytte seg av muligheten til kontakt med kommisjonen ved institusjonen som har ansvaret for det tvungne vernet.

6.3.2 Pasientens verdighet i klagesaksmøter

Formelle klagesaksmøter mellom pasient og kommisjonen skal avvikles med verdighet på linje med saker som behandles i domstolene, men med mindre strenge rammer. Det er flere forhold som kan være av betydning for at møtene kan avvikles etter disse intensjonene

- Bord og stoler i møterommet bør være slik plassert at det blir en riktig balanse mellom å skape kontakt og formell ramme. Rommet bør ryddes for duker, lysestaker og lignende.

- Dørene åpnes først når kommisjonen er samlet og forberedt.
- Kommisjonsmedlemmenes klesdrakt er av betydning. Oppsiktsvekkende antrekk bør unngås.
- Kaffedrikking og lignende kan ha negativ innvirkning på rammene rundt et møte.
- Kommisjonslederen legger til rette for at det som skal skje i møtet er forutsigbart for alle.
- Institusjonen kan også trenge veiledning om den rettslige rammen.
- Om klageren er beltelagt, må spørsmålet om framstilling i transportbelte være avklart før møtet.
- Hvis klager og advokat vil konferere på tomannshånd, må også institusjonens representanter forlate møterommet, for å tydeliggjøre kommisjonens uavhengighet.
- Pasientens navn bør sjekkes i god tid før møtet mht habilitet, pasienten kan dermed spares for ubehagelige situasjoner.

Pasienten vil kunne oppleve at både det skriftlige materiale og spørsmålene som stilles i møte, griper rett inn i alvorlige hendelser i hans/hennes liv.

Måten kontrollkommisjonen henvender seg til pasienten på, hvordan spørsmålene stilles, og hvordan pasientens verdighet ivaretas, vil kunne være avgjørende for pasientens opplevelse av møtet.

6.3.3 Når pasienten kan utgjøre en risiko

Det finnes situasjoner hvor en persons sinnslidelse fører til at vedkommende kan utgjøre en risiko for andre mennesker. Kontrollkommisjonen kan dermed komme i situasjoner hvor medlemmenes sikkerhet må vurderes opp mot pasientens verdighet.

Kommisjonen bør legge vekt på institusjonens vurderinger av risiko for kommisjonsmedlemmene og deretter finne praktiske løsninger for hvordan møte mellom pasient og kommisjon kan gjennomføres.

6.4. Kontrollkommisjonen og pasientens nærmeste pårørende

Kontrollkommisjonen kommer ofte i kontakt med pasientens pårørende.

Nærmeste pårørendes klagerett gjør at de kan være part i en klagesak.

Typiske tilfeller er:

- Nærmeste pårørende klager på avslag på begjæring om innleggelse.
- Nærmeste pårørende klager på utskriving/opphør av det tvungne vernet.
- Det hender også at pasienten ønsker pårørende til stede i en behandling av en klage de selv har fremmet.

Kontrollkommisjonen bør:

- Verifisere at valg av nærmeste pårørende er i samsvar med pasientens ønske. Spørsmålet om hvem som er pasientens pårørende, er regulert særskilt for pårørende til pasienter som er undergitt tvungent psykisk helsevern.
- Ta hensyn til at pasient og nærmeste pårørende ikke trenger ha sammenfallende interesser.
- Kommisjonen bør også kontrollere at nærmeste pårørende får nødvendig informasjon om de vedtak som treffes om pasienten.

Se for øvrig Helsedirektoratets veileder «Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester» IS-1512.

Denne ferdigstilles i løpet av 2008.

6.5. Kontrollkommisjonen og institusjonen

6.5.1 Kontrollkommisjonens uavhengighet

Det er et sentralt poeng at kontrollkommisjonen skal være et uavhengig organ, jf. psykisk helsevernlovens § 6-3. Der står det at lederen av kommisjonen skal påse at kommisjonen ikke følger arbeidsrutiner som undergraver kontrollkommisjonens uavhengighet.

Det kan tidvis være krevende for kontrollkommisjonen å opprettholde sin uavhengighet til institusjonen, fordi kommisjonen jo forholder seg til menneskene som arbeider ved institusjonen. Kommisjonen bør fortløpende være oppmerksom på å holde korrekt distanse. Vi vil nedenfor nevne noen områder hvor hver kommisjon må finne sin form.

6.5.2 Samarbeid – konflikt

Utgangspunktet er at institusjon fungerer etter lovens bestemmelser. Å være et kontrollorgan innebærer *ikke* å «avsløre» institusjonen, men å vise selvstendighet og å ha et kritisk blikk i forhold til praksisen ved institusjonen. Noen institusjoner ser på kommisjonen som et bidrag til å sikre kvaliteten, men kommisjonen kan også bli sett på som «sand i maskineriet». Samtidig kan kommisjonens rolle i seg selv kan være konfliktskapende. Det er viktig å huske at et godt samarbeid mellom institusjon og kommisjon vil danne et godt grunnlag for kommisjonens arbeid, og dermed være til det beste for pasientene.

Det kan være et tegn på at relasjonene til institusjonen er blitt uheldig, dersom vurderingene påvirkes av *hvem* som står for vedtaket (enten i positiv eller negativ retning).

6.5.3 Kontrollkommisjonens opptreden

Kommisjonens medlemmer kan opptre formelt som et virkemiddel for å tydeliggjøre uavhengigheten samtidig er en god relasjon mellom kommisjon og institusjon viktig i forhold til for eksempel effektiv formidling av informasjon fra institusjonen til kommisjonen og for råd fra kommisjonen til institusjonen. Noen eksempler på tilrådet opptreden:

- Ikke spise lunsj sammen med ansatte ved institusjonen.
- Bruke navnebrikke som ikke er institusjonens, for å tydeliggjøre at kommisjonen kommer utenfra.
- Ringe på dørklokken til post/avdeling og presentere seg, og ikke låse seg inn selv med utlånte nøkler.
- Dersom kontrollkommisjonen blir oppfattet negativt av institusjonen, bør henvendelser fra ansatte behandles som henvendelser fra institusjonen og ikke fra personen.
- Arrangere samtaler med institusjonen som møter med tidsramme, dagsorden og referat.
- Gi skriftlig tilbakemelding på rapportering etter dokumenttilsyn og lignende.
- Ikke involvere seg i institusjonsinterne konflikter.

6.5.4 Møter mellom kontrollkommisjonen og institusjonen

Det er ikke uvanlig at kommisjonen har regelmessige møter med representanter for institusjonen.

Institusjonens rolle er å gi informasjon til kommisjonen, enten om konkrete pasientsaker eller mer generell informasjon, så som:

- bemanning: nye leger, psykologer, behandlere som går over i andre stillinger, endring av behandlernes myndighet
- endringer i poster/avdelinger
- kvalitetsarbeid
- rutiner

Kontrollkommisjonens rolle er rettslig forklaring og eventuelt formidling av erfaringer/observasjoner.

Møteformen kan være:

- Kommisjonen møter alle vedtakskompetente behandlere samlet:
Dette gir kommisjonen mye informasjon og mulighet til å formidle den rettslige forståelse direkte. Distansen ivaretas, men formidlingen av kritikk kan bli personifisert.
- Kommisjonen møter bare ledelsen:
Denne mer lukkede/tette form gir også andre typer informasjon som ikke kan formidles i plenum. Distansen og rollene kan undergraves, eksempelvis må ikke kommisjonen bli involvert i noe som ligger opp mot personalpolitikken.
- Møtene skjer på ad hoc basis:
Fleksibiliteten kan gi raske løsninger, men åpner også for en kollegial stil som utfordrer uavhengigheten.

7. KONTROLLKOMMISJONEN OG ULIKE MYNDIGHETER

Ansvar for området psykisk helsevern og kontrollkommisjonens arbeid er delt mellom ulike myndigheter:

- *Regionale helseforetak/ helseforetak*

Ansvar for psykisk helsevern er et statlig ansvar, under styring av fire regionale helseforetak.

- *Helse og omsorgsdepartementet (HOD)*

Departementet har ansvaret for de politiske grep innenfor psykisk helsevern. Departementet har også ansvaret for regelutvikling på området.

- *Helsedirektoratet (tidligere Sosial- og helsedirektoratet)*

Direktoratet er et fagdirektorat og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har blant annet fortolkningsansvar for helselovene. Avdeling psykisk helse jobber bl.a. med Opptappingsplanen psykisk helse, har fortolkningsansvar for psykisk helsevernloven og har et ansvar for å følge opp kontrollkommisjonsordningen faglig og administrativt.

- *Helsetilsynet sentralt/lokalt*

Helsetilsynet har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten (tilsynslovens § 1). Hvert fylke har en Fylkeslege som er tillagt myndighet som helsetilsyn i fylket. Helsetilsynet har tilsyn med institusjonene og innholdet i det tilbud som gis til pasienten, herunder hva som ligger i begrepet faglig forsvarlighet. Helsetilsynet i fylket er bl.a. klageinstans på



vedtak etter pasientrettighetslovens kap. 2.3.og 4 , herunder rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg og rett til individuell plan.

- *Fylkesmannen*

Fylkesmannen behandler klager over tvangsbehandlingsvedtak (psykisk helsevernloven § 4-4), samt oppnevner og avlønner kontrollkommisjonsmedlemmer.

Forholdet mellom kontrollkommisjonen og myndighetene:

- Dersom kontrollkommisjonene er i tvil om hvordan psykisk helsevernloven skal forstås, skal den ta kontakt med Helsedirektoratet for å få oppklart tvilsspørsmål.
- Dersom kontrollkommisjonen avdekker alvorlige forhold eller er i tvil om forsvarligheten ved institusjonen, skal den avhengig av alvorlighetsgraden varsle den faglig ansvarlige ved institusjonen, institusjonens ledelse eller helsetilsynet i fylket.
- Helsetilsynet i fylket sender kopi av meldinger til kontrollkommisjonene om selvmord og selvmordforsøk ved institusjonene, med anmodning om kontrollkommisjonens mulige uttalelse.
- Utover dette kan kontrollkommisjonen komme i kontakt med for eksempel Pasientombudet, Sivilombudsmannen, Arbeidstilsynet og politiet.

8. Kontrollkommisjonen og omverdenen



Kontrollkommisjonens erfaring gir et unikt innblikk i hvordan det psykiske helsevern fungerer i Norge. Det er derfor naturlig at kommisjonens medlemmer kan ha behov for å formidle sine erfaringer videre, eller delta i samfunnsdebatten. I tillegg til de begrensninger som følger av taushetsplikten, bør kommisjonsmedlemmene heller ikke bruke kunnskap om institusjonens interne forhold, direkte.

Ved hendelser som omtales i media, kan kommisjonen komme til å bli spurt om å uttale seg. Det vil da være naturlig å vise tilbakeholdenhet med vurderinger som kan skape tvil om kontrollkommisjonens rolle.

Det samme resonnementet vil være naturlig for kommisjonsmedlemmer som er tilknyttet en bruker- eller pårørendeorganisasjon. Rollen som medlem i en kommisjon og rollen som politisk aktør kan være krevende å kombinere. Grenseoppgangen mellom å meddele organisasjonen generelle erfaringer og hensynet til taushetsplikt og institusjonsinterne forhold fordrer godt skjønn.



9. Kontrollkommisjonskonferansene

Hver år arrangerer Helsedirektoratet en konferanse for medlemmene i kontrollkommisjonene. Hver kommisjon får delta med leder pluss et medlem til. På denne konferansen tas det opp problemstillinger som har betydning for det arbeidet som gjøres i kommisjonen. Det er også en viktig møteplass for utveksling av synspunkter fra den praktiske hverdagen i kommisjonene.

Litteratur/Lover

1. Lover med tilhørende forskrifter:

- Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

2. Høyesteretts avgjørelser tatt inn i:

- RT 1987/1495 (psykosenære karakteravvik)
- RT 1988/634 (huleboerdommen, alvorlig sinnslidelse, helhetsvurdering)
- RT 1993/249 (antipsykotisk medikasjon)
- RT 2001/752 (forverringsalternativet i behandlingsvilkåret)
- RT 2001/1481 (drøftelse av farevilkåret)

- 3. • Sosial- og helsedepartementet: Rundskriv til psykisk helsevernloven og rundskriv til forskriftene gitt med hjemmel i psykisk helsevernloven I-10/2001 (revidert utgave kommer fra Helse-direktoratet høsten 2008)
- Sosial- og helsedepartementet: Retningslinjer for fylkesmennene ved oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern I 48/2000 (reviderte retningslinjer kommer høsten 2008)
- Sosial- og helsedirektoratet: Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern IS-10/2007
- Sosial- og helsedirektoratet og Politidirektoratet: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Oppgaver og samarbeid. Rundskriv IS-15/2006
- Sosial- og helsedirektoratet: Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgn-opphold i det psykiske helsevern. Rundskriv IS- 17/2004
- Sosial- og helsedirektoratet: Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Rapport IS-1349/2006
- Sosial- og helsedirektoratet: Rettssikkerhet ved tvang. Kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern. IS-1335/2006
- Sosial- og helsedirektoratet: Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, IS-1370/2006
- Sosial- og helsedirektoratet: Veileder for individuell plan, IS-1253/2005
- Sosial- og helsedirektoratet: Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern IS-1338/2006
- Sosial- og helsedirektoratet: Vurderinger av risiko for voldelig atferd. Rundskriv IS 9/2007
- Statens Helsetilsyn: Rapport nr 4/2006 Bruk av tvang i psykisk helsevern
- 4. • «Psykisk helsevernloven med kommentarer», Aslak Syse, Gyldendal Akademisk 2007
- «Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentar», Tore Roald Riedl og Wenche Dahl Elde, Cappelen Akademisk forlag 2008
- «Mental disability and the European Convention on Human Rights», Bartlett, Lewis and Thorold, Martinus Nijhoff Publishers 2007
- «Overgrep. Søkelys på psykiatrien», Gro Hillestad Thune, Abstrakt forlag, 2008
- 5. • «Lærebok i psykiatri», Malt, Retterstøl og Dahl, Gyldendal 2003
- «Psykiatri», Einar Kringlen, Gyldendal 2005
- 6. Felleskatalogen
- 7. ICD-10
- 8. DSM-IV (mindre brukt enn ICD-10)

Organisasjoner

Landsdekkende organisasjoner for pasienter/brukere, pårørende og andre interesserte:

- Mental Helse Norge, Postboks 298, 3701 Skien, tlf. 35587700
- We Shall Overcome, Postboks 8817 Youngstorget, 0028 Oslo, tlf. 22353555
- Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien (LPP) Møllerveien 4, 0182 Oslo, tlf. 23291967/68

Ordliste/Forklaringer/Forkortelser

GAF	Global assessment of functioning (funksjonsvurdering), skala hvor 100 er høyest. GAF-S måler symptombelastning, GAF-F funksjonsnivå.
MMS	Mini mental status, høyest score er 30
PANSS	Positive and Negative Symptom Scale
MADRS	Depresjonsskala (høye tall indikerer depresjon)
PAL PAP PAB	Pasientansvarlig lege/psykolog/behandler
RASP	Regional avdeling for spiseforstyrrelser
RSA	Regional sikkerhetsavdeling
IP	Individuell plan
BUP	Psykisk helsevern for barn og unge
1. linje / 2. linje	Kommunehelsetjeneste/Spesialisthelsetjeneste
Lukket/åpen avd.	Avdeling med låst eller åpen utgangsdør miljøpersonale inkluderer alle som jobber overfor pasienten
Miljøpersonale	Inkluderer alle som jobber overfor pasienten
HCR-20	Sjekkliste for risikovurdering
BVC	Brøset Violence Checklist
ADL funksjoner	Activity of daily living
EPJ	elektronisk pasientjournal
TPH	Tvungent psykisk helsevern
TOBS	Tvungen observasjon
PHVL	Psykisk helsevernloven

Overlege i det psykiske helsevernet er spesialist i psykiatri.

Konstituert overlege i det psykiske helsevernet er vanligvis en lege som har mesteparten av spesialistutdanningen bak seg men som mangler den formelle godkjenningen som spesialist i psykiatri. Trenger dispensasjon fra fylkesmannen for å kunne gjøre vedtak etter PHVL.

Assistentlege – eller LIS-lege (lege i spesialisering) er en lege i underordnet stilling som er i utdanning til spesialist i psykiatri.

Pasientansvarlig lege er koordinator og kontaktperson for pasienten når det gjelder behandling og oppfølging.

Psykologspesialist psykologer med nærmere angitt spesialisering og praksis kan være faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk

Dette dokumentet skal gi en første generell informasjon til nye medlemmer av kontrollkommisjonen. Det gis en innføring i kontrollkommisjonens oppbygging og oppgaver. I tillegg beskrives en del praktiske og etiske sider ved det å være medlem av en kontrollkommisjon, blant annet vedrørende samarbeid og rolleforståelse.