

VEIEN TIL HELVETE ER BROLAGT MED GODE FORSETTER

Helselovgivningen siste 30-50 år fra en klinikers perspektiv.

HELSERETTSKONFERANSEN 3.-4. MARS 2020

Asbjørn Restan

ASBJØRN RESTAN

- Ultrakort presentasjon.
- Jeg representerer **IKKE** min arbeidsgiver Vestre Viken HF eller andre, bare meg selv.
- Med helselovgivning mener jeg primært psykiatrilovgivningen.
- Ikke «for tvang» (ingen anstendige psykiatere er det), men for tvang hvis dette er nødvendig for at pas. skal få sine rettigheter oppfylt, f.eks. til «nødvendig helsehjelp», til ikke å lide unødvendig materiell nød osv osv.

PSYKISK HELSEVERNLOVEN 1961, HVA BLE BORTE TOM 1999 (2001) ?

- 1979: Tilleggsvilkåret om forstyrrelse av offentlig ro og orden.
- 1999: Tilleggsvilkåret om overlast.
- 1999: Utskrivning til tvungent ettervern § 13-II til sykehjem (§ 11-institusjoner), andre døgninstitusjoner og til privatforpleining.
- 1999: Observasjonsinnleggelse på tre uker=21 dager (§3).
- 1999: Tutorordningen (innleggelsesbegjæring).
- 1999: Forskriftsfestede krav til det fysiske (f.eks. isolater).

PSYKISK HELSEVERNLOVEN 1999

HVA BLE BORTE TOM. 2019?

- 2017: Bedringsvilkårets negative side, når dette overstyres av oppnådd samtykkekompetanse.
- 2017: Det å kunne fatte tvangsbehandlingsvedtak etter tre døgns observasjonstid og ikke som i dag først etter fem døgn.
- 2018-19: Det å regne observasjonstiden fra innleggelsestidspunktet (uavhengig av paragraf) og ikke som i dag bare fra etableringen av TPH. (*Hesledirektoratets privatlovgivning.*)
- 2018-19: Muligheten til å behandle ikke-samtykkekompetente, presumptivt samtykkende, ikke-protesterende, uten å måtte etablere TPH (*Hesledirektoratets privatlovgivning.*)

PSYKISK HELSEVERNLOVEN 1999 – HVA BLE BORTE TOM. 2019

- Det å kunne motsette seg overføring til annen døgninstitusjon når man er innlagt til tvungen observasjon phl. § 3-2, fordi det i såfall måtte fattes overføringsvedtak phl. § 4-10 (*Hesledirektoratets privatlovgivning*).
- Det å vite at observasjonsparagrafen blir vurdert der hvor man primært ble innlagt og ikke ved den institusjon man blir overført til innen 24 timer. (*Hesledirektoratets privatlovgivning*).
- Taushetsplikten mht. det å formidle til klageberettigede (f.eks. pårørende) underlagsmateriale/journalnotater til vedtak etter phl. (*Hesledirektoratets privatlovgivning*).
- At ransaking mv. krever spesifikk, sannsynliggjort mistanke og ikke bare kan gjennomføres rutinemessig (*Hesledirektoratets privatlovgivning*)

FORSTYRRELSE AV OFFENTLIG RO OG ORDEN, ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Ikke erstattet av noe i psykisk helsevernlovgivningen.
- Derimot erstattet av straffeloven (2005) med mulighet for dom på tvungent psykisk helsevern for de brysomme.
- Konsekvenser: Tilbake til utgangspunktet, bare uendelig mer tungrodd, fordi det hele går gjennom domstolsbehandling. Pasienten stemples som kriminell.
- Og stadig flere blir dømt og det kan være noe så latterlig som tyveri av en kakegaffel som blir utslagsgivende.

OVERLAST, HVA ER DETTE BLITT ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Egentlig ikke erstattet av noe. Den aller alvorligste del av overlast er blitt tatt inn i farevilkåret. (Men obs.: Hvis dette ikke skal kunne overstyres av samtykkekompetanse må det være fare for eget liv, ikke bare egen helse.)
- Dette innebærer at så lenge noen bare lider vondt og det bare er fare for helsen, psykisk eller fysisk, ja da kan man intet gjøre, men bare se på at pasienten forfaller, lider nød og – ja faktisk – lider overlast.
- Konsekvensen er bl.a. mindre spillerum for god psykiatrisk omsorg.

UTSKRIVNING § 13-II, HVA ER DETTE BLITT ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Tja; egentlig bare erstattet av TUD= tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det finmaskede, sammenvevede nett av omsorgsformer, fra psykiatrisk sykehusavdeling via psykiatrisk sykehjem (§ 11-institusjon) til privatforpleining og retur motsatt vei er bare blitt borte.
- §11-sykehjem erstattet av bo-og omsorgsinst. godkj. for TPH? Tja?
- Konsekvensen er alt eller intet, dvs. stort sett intet.
- Muligheten for å leve resten av livet som familiemedlem på en gård er borte.

HVA ER OBSERVASJONSINNLEGGELSE PÅ TRE UKER BLITT ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Observasjonstid på 10 døgn, som bare helt unntaksvis kan forlenges av KK`s leder med ytterligere 10 døgn.
- Konsekvensen er at flere pasienter - hvor det tar lengere tid enn 10 døgn å finne ut hva som egentlig feiler dem og om de faktisk er alvorlig sinnslidende – forsvinner ut i det store intet og så kommer de tilbake når de virkelig er blitt åpenbart psykotiske og da, fordi det er gått lengere tid uten behandling, med langt dårligere behandlingsmuligheter.

TUTORORDNINGEN, ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Ikke erstattet med noe. Det er bare beholdt en liten rest, for alle praktiske formål begrenset til varetektsinnsatte (hvor politiet er tutor) og soningsfanger (hvor kriminalomsorgen er tutor).
- Konsekvensen er for det første svekket rettssikkerhet (innleggende lege må ikke gå veien om en uavhengig instans som må begjære innleggelsen).

TUTORORDNINGEN FORTS.

- Konsekvensen er for det annet en dramatisk svekkelse av de nærmeste pårørendes mulighet til å ivareta det syke familiemedlems behandlingsbehov. Tutors rettigheter måtte man faktisk forholde seg til, mens dagens pårørendes klagerett kan man stort sett la være å bry seg om – i verste fall en sur kommentar fra KK eller Fylkesmann.
- Og helt ærlig: Hvor mange psykiatriske sykehusavdelinger er det som **rutinemessig, i god tid og alltid** informerer nærmeste pårørende om deres klagerett på opphevelsesvedtak etter phl. § 3-7?

FORSKRIFTSFESTEDE KRAV TIL DET FYSISKE, F.EKS. ISOLATER, ERSTATTET MED? KONSEKVENSER?

- Ikke erstattet med noe.
- Konsekvensen er at det er fritt frem for å bygge psykiatriske avdelinger med like mye plass som rottebur, evt. å ta i bruk rum til isolasjonsformål uten dagslys og med så liten gulvplass at det ligner noe vi ikke ønsker å sammenligne med.

BEDRINGSVILKÅRETS NEGATIVE SIDE, NÅR DETTE OVERSTYRES AV SAMTYKKEKOMPETANSE?

- Ikke erstattet med noe.
- Konsekvensen var forutsett og villet: Vi behandler noen dithen at de funksjonelt greier seg ganske godt, også mht. samtykkekompetanse, takket være stabil antipsykotisk (depot)medisinering. Så må TPH oppheves, antipsykotisk medisinering autoseponeres, og det går, fort eller langsomt, riktig galt, men vi må bare se på med foldede hender inntil pasienten er så syk at ny tvangsinnleggelse er mulig. Og for hver slik runddans blir det vanskeligere å oppnå funksjonell bedring opp mot helbredelse.
- Konsekvensen er selvfølgelig også større behov for ikke-eksisterende sengeplasser.

TVANGSBEHANDLINGSVEDTAK EFTER TRE DØGNS OBSERVASJONSTID?

- Erstattet med fem døgn, altså ytterligere to døgn lidelser i helt opplagte tilfeller.
- Ved *Helsedirektoratets privatlovgivning* regnes fem døgn først fra etablering av TPH, altså selv om pasienten allerede i 8 døgn er blitt observert under observasjonsinnleggelse § 3-2.
- Jeg greier ikke å se fordelene, uansett synsvinkel, men så er det jo ikke gitt meg å forstå alt.

BEHANDLING AV IKKE SAMTYKKEKOMPETENTE UTEN Å MÅTTE ETABLERE TPH?

- *Helsedirektoratets privatlovgivning.*
- Tidligere aksept for å behandle ikke samtykkekompetente, ikke-protesterende, men presumptivt samtykkende pasienter, uten å måtte etablere TPH. Dette aksepterer ikke Hdir. lenger.
- Hvis slike pasienter innlegges til frivillig opphold § 2-1 i dag må de utskrives og så på ett eller annet vis reinnlegges på tvang, hvis ikke konvertering er mulig (dvs. fare for eget liv eller andres liv eller helse).
- Den typiske pasient (med uttalt demens), som bare er redd, lidende og intet begriper må så transporteres til legevakten for reinnleggelse.

BEHANDLING AV IKKE SAMTYKKEKOMPETENTE, FORTS.

- Videre, fordi man slik Hdir. ser det, også må fatte tvangsbehandlingsvedtak phl. § 4-4, innebærer dette at man må vente i 5 døgn (observasjonstiden på TPH) + 2 døgn (klagefristen) = 7 – ja faktisk syv – døgn før medikamentell behandling kan starte.
- Typisk er den sterkt lidende, fullstendig demente sykehjemspasient med en akutt deliriøs tilstand/psykose pga. f.eks. UVI. Når vi først har fått ham i hus med riktige formalia (etter diverse runddanser), ja så må vi altså vente med å behandle ham og han får bare lide ubehandlet i syv døgn. **Hvilken seier for rettssikkerheten!**

IKKE LENGERE NØDVENDIG MED § 4-10 VEDTAK VED OVERFØRING AV OBSERVASJONSINNL. § 3-2

- *Hesledirektoratets privatlovgivning – Hdir. kunne ha tolket utvidende.*
- Selvfølgelig innebærer dette en svekkelse av rettssikkerheten.
- Typisk eksempel: Studine i Oslo, som innlegges OUS til observasjon etter et selvmordsforsøk. Hun er fra Vestfold og OUS ønsker derfor å overføre henne så snart dette ikke er direkte livsfarlig. Hun tigger og ber om å få fortsette på OUS, fordi hun vet at foreldrene får vite om det hele hvis hun overføres til Vestfold (Tønsberg). Det hjelper ikke og hun overføres. Ved krav om overføringsvedtak § 4-10 ville hennes protest ha fått oppsettende virkning inntil KK hadde behandlet saken.

VURD. AV OBS. PARAGRAF VED ET ANNET SYKEHUS VED OVERFØRING INNEN 24 TIMER

- *Helsedirektoratets privatlovgivning forts.:*
- Egentlig samme konsekvenser som det forrige. Pas. innlegges som ø.hj. til OUS, blir knapt vurdert av noen før hun bntes sammen og sendes i håndjern til sitt lokalsykehus, uansett hva hun måtte tigge og be om.
- Og kulturen er blitt den at man kritiseres om man foretar paragrafvurderingen der hvor pas. ble innlagt (tidsbruk osv.) og ikke benytter seg av denne ubyråkratiske metode å bli kvitt uønskede pasienter

UNDERGRAVET TAUSHETSPLIKT – FORMIDLING AV UNDERLAGSDOK. TIL VEDTAK

- *Hesledirektoratets privatlovgivning.*
- Tidligere holdt det med formidling om at alvorlig sinnslidelse + f.eks. fare osv. i et enkelt vedtaksskjema.
- Her ha Hdir. bestemt at de klageberettigede=pårørende, skal kunne få også f.eks. hele vedtaksnotatet, hvor det kan stå fryktelig mye som pasienten **ikke** ønsker at familien skal få vite, f.eks. at årsaken til selvmordsforsøket og §3-2-innleggelsen var en uønsket graviditet med en fyr familien ikke kan fordra.
- Jeg kan ikke fatte og begripe hvordan pasienters rettssikkerhet blir bedre av en slik fortolkning

RANSAKING KAN GJØRES RUTINEMESSIG VED ALLE INNLEGGELSER UTEN SPESIFIKK MISTANKE

- Tja, jeg er vel kjent med at mange i klinikken, inkludert meg selv, synes at dette er bra, i hvert fall for våre praktiske sikkerhetsformål.
- Men er det bra? Kan det ikke også slå fryktelig uheldig ut, f.eks. overfor en 87 år gammel dame som innlegges pga. depresjon etter å ha blitt enke og som tviholder på håndvesken, som er den siste rest av selvrespekt hun har igjen? Når jeg anlegger et slikt perspektiv ønsker jeg meg tilbake til den gamle ordning med spesifikk mistanke.

1961-1999, HVA KUNNE VI HA FÅTT SOM VI IKKE HAR FÅTT?

- NOU1988:8 (Utvalget blir ofte kalt Lund- eller Bendiksbyutvalget, selv om Bernt var leder.)
- Leselig på 224 sider, attpåtil begripelig og godt skrevet.
- Jeg nevner et par helt konkrete forslag:
- Alle på TPH skulle få en times - ja faktisk en times – samtale med overlege/psykologspesialist hver uke, ja faktisk hver eneste uke!!!
- Hvis pasienten er uenig i en tvangsinnleggelse behandles dette av en ”inn- og utskrivningskommisjon” bestående av (avdelings)overlege, ledende psykologspesialist og avdelingssykepleier. Kommisjonen møtes daglig og kan oppheve det opprinnelige vedtak. Først hvis kommisjonen ikke opphever går klagen videre til KK.
- Merk at første eksempel er en rettighetsfesting av et annet innhold enn bare oppbevaring og medisiner.

HVA ER BLITT BORTE I ANNET RELEVANT LOVVERK? KONSEKVENSER?

- Endringer i straffeloven 1997-2001, ikraft 01.01.2002:
- Mangelfullt utviklede og varig svekkede sjelsevner (som favnet noe mer og alle visste hva det dreiet seg om).
- Sikringsinstituttet strl. § 39,1. a-f: Et finmasket fleksibelt nett fra sikringsanstalt via psykiatrisk sykehus via tilsyn utenfor institusjon til meldeplikt med opphold bestemte steder, hvor man kunne bevege seg oppover og nedover. Erstattet med forvaring eller ikke forvaring, altså enten eller. Ser dere parallellen til gamle § 13-II med spenn fra sykehusavdeling til privatforpleining?

HVA ER BLITT BORTE I ANNET RELEVANT LOVVERK, FORTS.

- Folketrygdloven § 22-4: Tvungen forvaltning av folketrygdens kontantytelser etter tre måneders opphold i sykehusavdeling.
- Fordi nesten ingen lengere får lov til å være innlagt i tre måneder eller mere kan denne bestemmelse nesten aldri brukes. Konsekvensen blir at noen pasienter, som ikke greier å disponere trygden, lider nød, medmindre de kommer inn under en tvungen vergemålsordning, noe som er tids- og arbeidskrevende og i dag nesten umulig pga. *Justis- og beredskapsdepartementets privatlovgivning*. Jeg skal forklare nærmere:

Lovavdelingens privatlovgivning, forts.:

- Tolkningsuttalelse 20.03.2018, som innfører krav om at tvungent vergemål må være i samsvar med personens *»reelle vilje»* for at det skal kunne besluttes. *»Reell vilje»* er et begrep som er funnet opp av et par departementsjurister, er ikke definert/forklart i noen relevante rettskilder og ingen vet hva det betyr.
- Fylkesmennene følge tolkningsuttalelsen og resultatet er at mange, som absolutt trenger tvungent vergemål, ikke får dette og forkommer i nød og elendighet.

Hva er ellers blitt borte som følge av endret rett og praksis på andre områder? Jeg nevner i fleng:

- Når man er på TPH får man medisinene gratis. Tidligere fikk også frivillige pasienter medisiner (f.eks. depotinjeksjoner) gratis, når de ikke hadde penger; på ett eller annet vis ble dette smuglet inn på sykehusbudsjettet. I dag vises de til NAV når de ikke har penger, dette greier de ikke, går derfor umedisinerte og dekompenserer, med all den lidelse og fornedrelse dette kan innebære.
- Såkalte rettighetsløse, dvs. utenfor EØS osv., evt. med endelig utvisningsvedtak etter avsluttet asylprosess. I dag skal de bare få akutt behandling og de skrives ut tvert, de nektes oppfølging på DPS, de får ikke langtidsbehandling på blå resept osv., uavhengig av om de faktisk har en kronisk psykoselidelse. Tidligere ble de behandlet for hva de feilte og ikke utfra formell status.

IT`S THE MONEY, STUPID! Lovfestede organisatoriske endringer – konsekvenser:

- Helseforetaksreform og innføring av bedriftsøkonomiske prinsipper.
- Derav følgende minimumspsykiatri, med reduksjon av sengetall og hvor alt annet enn ren «utskrivningsproduksjon» er skrellet vekk.
- Fysioterapi, psykomotorisk fysioterapi, ergoterapi, aktivitører, fritidstilbud, verksteder, gartnerier osv. er blitt nesten borte.
- Alt det som gjør at pasienter – etter oppnådd bedring – kan utvikle seg og sine muligheter i retning et stabilt liv med anstendig livskvalitet er blitt borte; det ville jo nettopp kreve både lengere liggetid og andre tiltak en «medisinsk behandling» i snever forstand.

IT`S THE MONEY STUPID, FORTS:

- Som følge av alt dette veltes pasienter, som tidligere var under fylkeskommunal/statlig omsorg, over på kommunene, men uten penger.
- Kommunene henter da inn penger som best de kan, dvs. ved å skru opp leien på psykiatriboliger osv. til markedsleie eller mere, slik at leien = uføretrygden.
- Følgen blir at psykiatriskew pasienter blir sosialklienter.

ER I DET HELE TATT NOE BLITT BEDRE FRA FØR TIL EFTER 1999-LOVEN (IKRAFT 01.01.2001)?

- Nei, egentlig nesten ikke. Når man saumfarer 1961-loven med forskrifter, siste versjon og sammenligner med 1999-loven, så er det nesten ingen forskjeller, grunnvilkår, tilleggsvilkår, de forskjellige vedtak osv osv. **er nesten de samme, bare mere tidkrevende, uten at det er mulig å se noen rettssikkerhetsmessig gevinst.**
- Egentlig først i 2016, med virkning fra 01.09.2017, kommer det store endringer. De fleste endringer gir ingen rettssikkerhetsmessig eller annen gevinst overhodet, **er bare mere tidkrevende, noe som løses ved avkrysning i stadig lengere og mere meningsløse skjemaer.**

MEN NOE GODT MÅ JO HA KOMMET TIL? JA, FOR SÅ VIDT OG JEG SKAL NEVNE NOEN:

- Kravet til eftersamtale ved forskjellige vedtak, bl.a. om tvangsmidler. Det var sikkert ikke ment slik, men resultatet er jo at noen forholder seg klinisk til pasienten og snakker med ham om det som har vært vanskelig.
- Kravet til vurdering av samtykkekompetanse i alle sammenhenger. Hvis dette krav tas på alvor gjør det ikke bare noe med vurderingen og hvilke vedtak som kan fattes, nei det gjør noe med klinikerens forhold til helt grunnleggende begreper om menneskeverd, autonomi osv osv. (Men selvfølgelig, i det vanlige kliniske liv, blir også dette ofte redusert til bare nok et avkrysningskjema.)

NOE GODT SOM ER KOMMET TIL, FORTS:

- Det at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder fullt ut på psykiatriens område. Ett eksempel:
- Rettigheten etter pbr. kap. 7 for pasienter og pårørende til å kunne motsette seg utskrivelse fra frivillig opphold phl. § 2-1, hvis de mener at rett til nødvendig helsehjelp (omfang, nivå, varighet osv.) ikke er oppfylt. Inkludert mulighet for å klage utskrivningsvedtaket inn for Fylkesmannen, som kan gi klagen oppsettende virkning etter fvl. § 42 (her vet jeg det er uenighet om jusen, men f.eks. Fylkesmannen i Oslo og Viken har en slik praksis).
- Men: **Hvor mange psyk. avdelinger vet dere om som automatisk informerer om denne klagerett, i hvert fall hvis de oppfatter at pas. eller pårørende ønsker et lengere opphold?**

VEIEN ER BROLAGT MED GODE FORSETTER, MEN GÅR ALLIKEVEL TIL HELVETE FORDI:

- Alle endringer fra 1961, enda mere fra 1999(ny psykisk helsevernlov), enda mere fra 2017(samtykkekompetanse) og helt katastrofalt mere fra 202?(Østenstadutvalget) innebærer merforbruk av spesialisters arbeidstid ifm. vedtak og dokumentasjon.
- Ingen av endringene har tatt eller tar høyde for dette merforbruk.
- Resultatet blir derfor mindre spesialisttid til klinisk arbeide.

TIL HELVETE FORTS.:

- Samtidig, fra 90-tallet, skjer en dramatisk nedbygging av antall sengeplasser til i dag ca. 3750 for hele Norge.
- Samtidig går innleggelsestallene opp eller forblir uendrede.
- Færre sengeplasser=raskere sirkulasjon=flere inn- og utskrivninger=flere vedtak og mere dokumentasjon på kortere tid=mindre spesialisttid til klinisk arbeide.

TIL HELVETE FORTS.:

- Ingen av endringsforslagene fra 1961 og frem tom. Østenstadutvalgets lovforslag inneholder bestemmelser om finansieringen av de økonomiske konsekvenser av endringene.
- De økonomiske konsekvenser er derfor blitt saldert ved å bruke av institusjonenes driftsbudsjett og slik vil det også bli fremover.
- Mot dette kan innvendes at driftsbudsjettene til psykiatrien, bare er gått opp og opp. Det hjelper allikevel intet når lønningene er gått opp minst like meget og når det meste av utgiftene i psykiatrien (70-80% og økende?) går til lønninger.

FORSØKSVIS OPPSUMMERING I:

- Stadig bedrede rettssikkerhetsgarantier ved stadig mer omfattende og detaljerte krav til saksbehandlingen. Hensikten har vært den beste.
- I avveiningen mellom formelle rettssikkerhetskrav og hensynet til best mulig behandling for den enkelte pasient har rettssikkerhetshensyn fått uforholdsmessig høy vekt.
- De viktigste, helt grunnleggende rettssikkerhetsgarantier har vært alment aksepterte i flere tiår. De siste tiårs juridiske innsats på området har derfor vært preget av detaljregulering.
- Detaljreguleringen er kommet så langt at den ikke bare blir uproduktiv, men samtidig står i veien for behandling.

FORSØKSVIS OPPSUMMERING II:

- Utviklingen går i retning av at det er viktigere å regulere seg bort fra enhver tenkelig (teoretisk/akademisk) krenkelse av pasienters autonomi og selvbestemmelse enn å oppfylle andre rettigheter, som kanskje for de fleste er viktigere. Spørsmålet blir da:
- Psykiatrilovgivning for at (XXXX, sett inn det som passer) skal føle seg prektige eller for at pasienter helt reelt, praktisk og materielt skal få det bedre?
- Og hvilke helt grunnleggende rettigheter forholder psykiatrilovgivningen seg mindre og mindre til? JO:

FORSØKSVIS OPPSUMMERING III

- Retten til nødvendig helsehjelp, dvs.: God nok behandling, tidsnok, lenge nok og hele tiden på nødvendig nivå.

FORSØKSVIS OPPSUMMERING IV:

- Lovgivning på andre områder har ført til (utilsiktede?) konsekvenser for psykiatriske pasienters helhetlige behandlings-/rehabiliteringsmessige tilbud og for deres muligheter til et verdig liv.
- Lovgivning på andre områder har ført til en prioritering av bedriftsøkonomi fremfor det langsiktige samfunnsregnskap.

PÅSTAND :

- Bedringen av pasienters teoretiske/akademiske rettssikkerhet har – helt sikkert utilsiktet fra alle rettssikkerhetsforkjempers side – tjent til å legitimere nedbyggingen av den offentlige psykiatris muligheter til å dra omsorg for trengende, lidende psykiatriske pasienter.
- Konsekvensen kan bli at vi beveger oss for langt bort fra den «paternalistiske» psykiatri (i god forstand) og i retning et «vektersamfunn» hvor psykiatriske pasienter overlates til seg selv, evt. kriminaliseres.

PÅSTAND forts.:

- Det finnes mange, ja svært mange anstendige psykiatere, avdelingssjefer, helseforetaksdirektører osv., som ser dette. Selv har jeg gleden av å arbeide ved et sykehus (Blakstad) og et HF (Vestre Viken), hvor jeg opplever forståelse for mine synspunkter og hvor jeg heller ikke blir motarbeidet når jeg omsetter dem i praksis for mine pasienter.
- Det økonomiske handlingsrum avdelingssjefer, direktører osv. har er imidlertid lik 0 – null.
- Det vil ikke kunne skje noen grunnleggende endring i positiv retning for pasienters reelle rettssikkerhet osv osv. før økonomien endres.

PÅSTAND FORTS.:

- Langt viktigere enn enda flere NOUer, inkludert den siste, er:
- **Endring av de økonomiske rammer på nær sagt alle områder ved endring av den bakenforliggende lovgivning.**
- **Derav følgende økonomisk mulighet til anstendig behandling, pleie og omsorg.**
- **Justering av gjeldende rett slik at den understøtter og ikke motarbeider rett til nødvendig – og anstendig – behandling, pleie og omsorg.**

AVSLUTNING

- Med lov skal landet bygges og ikke med ulov ødes.
 - Jusen er din beste venn, i nøden din eneste venn og jurister likeså.
-
- **TAKK FOR MEG!**