

Samtykkeutvalget

Vår ref.

2022/23 -
11511/2022

Deres ref.

Saksbehandler

Ragnhild Johansen

Dato

15.12.2022

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse, innspill fra Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF viser til invitasjon 19.10.22 til å komme med skriftlig innspill til utvalgets arbeid. Invitasjonen ble videreformidlet til helseforetakene i regionen, som ga sine tilbakemeldinger i møte med Helse Midt-Norge RHF 09.12.22.

Nedenfor følger sammenfatning av innspill fra helseforetakene i vår region. Supplerende innspill fra HMN RHF er notert med åpne kulepunkt « ○ »

1. Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget

- a) Helseforetakene peker på at ansatte opplever en «byråkratisering» av arbeidshverdagen der særlig spesialister, men også andre ansatte, bruker mye tid til skriftlig arbeid som ellers kunne vært brukt mer pasientnært. Det stilles spørsmål ved om nødvendig dokumentasjon kunne vært forenklet til beste for både pasient og helsetjeneste.
 - Dette aspektet forsterkes av en utbredt knapphet på spesialistressurs i PH
- b) Det pekes på at pasienter med lav grad av sykdomsinnsikt, som tidligere kunne fått behandlingstilbud på frivillig grunnlag, nå får unødige utskrivinger med reinnleggelse på tvang, som blir en tilleggsbelastning for pasienten. Dette vurderes ikke å være til pasientens beste, eller en hensiktsmessig konsekvens av lovendringen.
- c) Helseforetakene peker på at antall innleggelser til tvungent psykisk helsevern er økt etter lovendringen. Helsedirektoratet publiserer per tiden ikke andel tvangsinnleggelser, men tall for Helse Midt-Norge viser en klar økning i antall tvangsinnleggelser etter 2018. Se figur fra Helsedirektoratet vedlagt etter signatur.
- d) Det opplyses at helseforetakene opplever å «miste kontakt» med pasienter som ikke fyller vilkårene, men som vurderes være i behov av behandlingstilbud hos spesialisthelsetjenesten.
 - Vi har per nå ikke tallgrunnlag på hvor mange dette kan være, men sett i lys av økende antall tvangsinnleggelser, jfr. pkt. 1c og figur i vedlegg, kan dette

Postadresse:

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464
7501 Stjørdal

Elektronisk adresse:

postmottak@helse-midt.no
www.helse-midt.no

Besøksadresse:

Wessels veg 75
7502 Stjørdal

Generell informasjon:

Sentralbord: 74 83 99 00
Telefaks: 74 83 99 01
Org nr. 983 658 776

indikere at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har flere kortere tvangsinleggelse enn tidligere. Dette vil antakelig kunne undersøkes nærmere ved hjelp av nasjonale data fra NPR.

- Nasjonale kvalitetsindikatorer hos Helsedirektoratet viser i samme periode en økning i andel pasienter med tvangsmiddelvedtak og pasienter som behandles med legemidler mot sin vilje (figurer i vedlegg).
- e) Vedr. presiseringer i lovgrunnlaget, se tema 3, kulepunkt 2.

2. Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten

- a) Helseforetakene beskriver det som positivt at pårørende har fått større rettigheter, men peker på at det samtidig kan legge større ansvar og belastning på pårørende i særlig krevende situasjoner. Det trekkes særlig frem eksempel om pasienter med utfordringer knyttet til psykose og rus, med hyppige inn- og utskrivninger, der pårørende blir særlig belastet.
- b) Helseforetakene vektlegger også at det har positive sider at pasientens ønsker og rettigheter har fått større plass.
- c) Det formidles en usikkerhet omkring hvorvidt det er oppnådd en styrking av rettssikkerheten som følge av lovendringen. Det pekes på at vurderinger av samtykkekompetanse fortsatt har vesentlig element av skjønnsvurdering, der den vedtaksansvarliges vurdering nødvendigvis har stor vekt.
- d) Helseforetakene peker på at målsettingen om å redusere bruk av tvungent psykisk helsevern, slik situasjonen er nå, stiller krav til at samfunnet må ha større aksept for at flere personer med alvorlig psykisk lidelse tar del i samfunnet med et lavere funksjonsnivå og alvorligere psykiatriske symptomer enn tidligere, som følge av at de kan velge bort behandling.
- Samtidig ser vi at lovgiver ved flere lovendringer i samme periode har utvidet rettens hjemmelsgrunnlag for å dømme personer til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg. Dette kan forstås som et uttrykk for at samfunnet ikke har større aksept for psykotisk eller på annen måte betydelig avvikende atferd.
 - Vi ser også samtidig at antallet døgnplasser i PH er synkende, noe som setter ytterligere press på hvilke pasienter/opphold som kan/må prioriteres i avdelingene.
- e) Flere enhetsledere i PH i Midt-Norge uttrykker bekymring for at den økte vektleggingen og bruken av farekriteriet legger for stort ansvar på behandlingsansvarlig spesialist i noen saker, og gir snevrere adgang til å komme tidlig til med behandling
- f) Helseforetakene vektlegger at de opplever redusert mulighet til tidlig behandling av alvorlig psykisk lidelse, og at noen pasienter må bli «for syke», før spesialisthelsetjenesten har hjemmel til å vedta behandling.
- g) Der den nye loven i enkelte tilfeller hindrer tidlig spesialisert behandling er fagmiljøene bekymret for hvilke konsekvenser dette vil ha for pasientens prognose og videre forløp. Ubehandlet psykose over tid og gjentatte tilbakefall er kjente risikofaktorer for kompliserte forløp, varig funksjonsfall og hjerneorganisk skade (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse, IS-1957).

- varighet av ubehandlet psykose er en avgjørende prognostisk faktor for pasientens videre prognose
 - på gruppenivå er det vist at pasienter etter tredje til fjerde tilbakefall av psykose får en varig «knekk» i sitt funksjonsnivå
- h) Det pekes også på at noen pasienter, som initialt fyller kriteriene for tvungent psykisk helsevern, i mindre grad er tilgjengelige for tilstrekkelig grad av stabilisering, fordi de velger seg ut av behandlingen for tidlig.

3. Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

- Høyesterett har i to dommer ((HR-2018-2204-A og HR-2020-1167-A) presisert hva som ligger i kravet til manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern. De presiserer at manglende sykdomsinnsikt ofte er ensbetydende med manglende samtykkekompetanse. I tillegg vektlegger de pasientens handlinger i samtykkekompetansevurderingen. Anvendelse av denne tolkningen av gjeldende lovverk vil kunne løse noen av de utfordringen flere oppfatter ligger i nåværende lovverk, særlig i forhold til å hindre at pasienter blir for syke før man får mulighet til å behandle dem i medhold av tvungent psykisk helsevern.
- Det vil kunne være en støtte for fagmiljøene som forvalter tvungent psykisk helsevern, om Høyesteretts presiseringer var godt kjent for vedtaksansvarlige spesialister.
- Vektlegging av intensjonen i det nye lovverket av å jobbe mer relasjonelt med tanke på å kunne behandle flere frivillig, vil også kunne føre til god pasientbehandling innen rammen av nåværende lovverk. Noen ganger vil dette kreve mer ressurser bl.a. i form av bruk av mere tid og mulighet for døgnbehandling av flere (sengeplasser). I noen enheter, så som akuttposter, vil det også forutsette bygningsmessige arealer som understøtter relasjonelt arbeid og miljøterapeutisk forebygging av aggresjon og vold.

4. utfordringer knyttet til samfunnsvern

- a) Helseforetakene opplever at lovendringen har medført større vekt lagt på farekriteriet og at det forventes en større presisjon i vurderinger knyttet til farlighet, enn alle deler av PH kan forventes å ha.
- b) Lovgrunnlaget har sammenfalt i tid med at det har vært en forskyving av tjenester fra døgn til poliklinikk, også for pasienter med alvorlige og sammensatte tilstander. Helseforetakene stiller spørsmål ved om endringene betyr at PH skal gå fra å behandle pasienter til å ivareta en større samfunnsvernoppgave knyttet til å primært vurdere og forebygge farlighet

5. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

- a) Forskning på farekriteriet: Det finnes relevant forskning som belyser hvilke konsekvenser dreining i retning av mer vekt på farekriteriet får for kvalitet i behandling i psykisk helsevern (Nielssen, Otto; 2008, 2009). Det finnes også omfattende forskning som indikerer at den beste fareforebyggende intervensjonen er optimal behandling av grunnlidelsen. Av nasjonal faglig retningslinje for psykosebehandling (referert ovenfor) fremgår at tidlig oppdagelse og behandling av

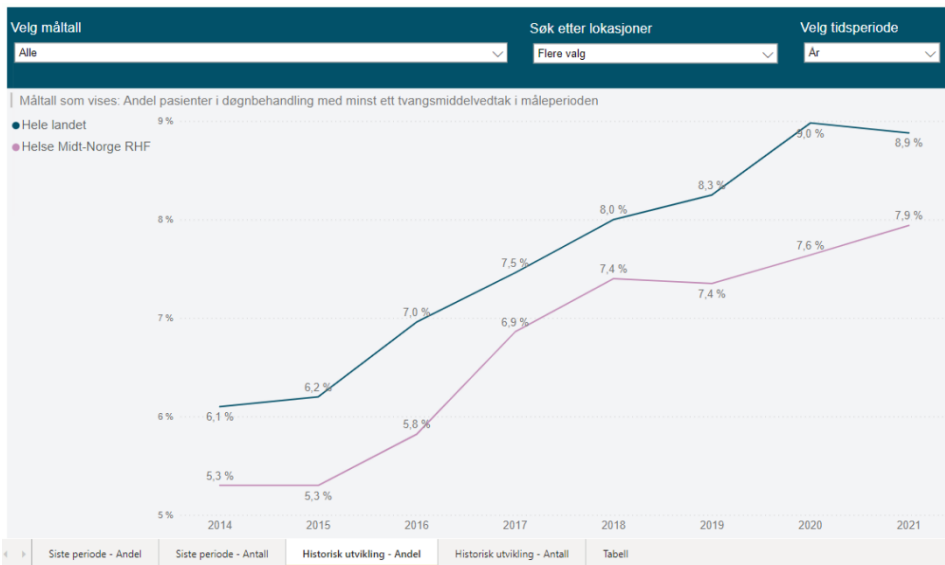
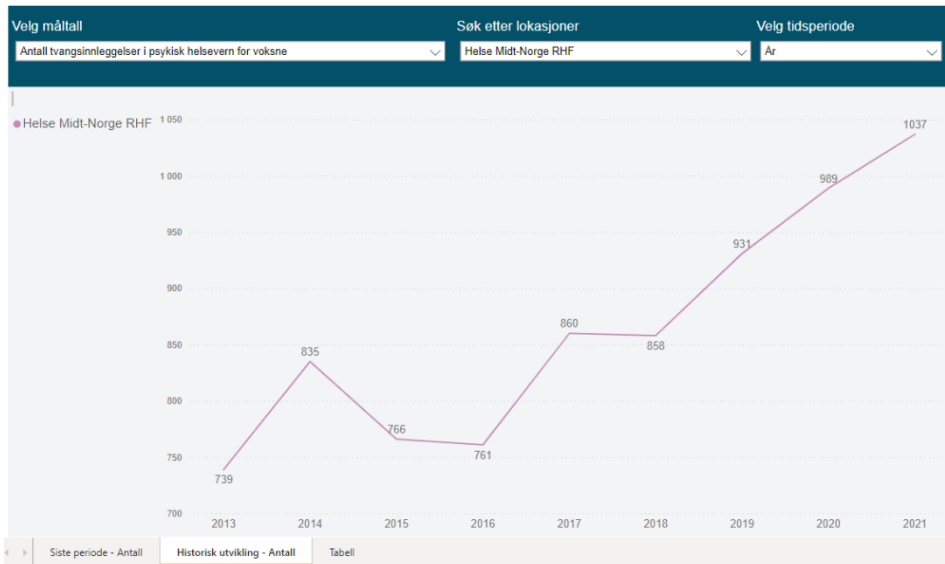
psykose er viktig for å forebygge vold, samt at risikoen for voldsbruk ved ubehandlet psykose er dokumentert 15 ganger høyere enn etter oppstart av adekvat behandling. (se også Schmuckler, E., Marcinko, D. E., & Hetico, H. R. (2012). Health Care Workplace Violence Prevention, i *Hospitals & Health Care Organizations: Management Strategies, Operational Techniques, Tools, Templates, and Case Studies*, fra side 153.).

- b) NOU 2010:3 «Drap i Norge i perioden 2004 - 2009» har oversikt over relevant forskning på området frem til og med 2009, samt en lang relevant litteraturliste.
- c) Fagmiljøet ved avdeling for sikkerhets-, fengsles- og rettspsykiatri ved St. Olavs hospital HF, samt de regionale kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for øvrig, vil kunne gi nærmere informasjon vedr. pkt 5.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Johansen
Ass. Fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer



OMFANG OG UTVIKLING | GEOGRAFISKE FORSKJELLER | KJØNN- OG ALDERSFORSKJELLER | SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Pasienter under behandling uten eget samtykke

Gjeldende indikator: Behandling uten eget samtykke, alle typer

— Norge totalt

Velg bosteddområde: Totalt

Angi som: Rate per 100 000 innbyggere 16 år og eldre

Velg år: 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021

Behandling uten eget samtykke: Pasienter som er under tvungen psykisk helsevern kan undersøkes og behandles uten eget samtykke på visse vilkår, jf. psykisk helsevernloven § 4-4. Det er et vilkår at pasienten mangler evne til å forstå og ta beslutninger om å motta behandling.