

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref:

Vår ref:

2022/1211-6/016

Saksbehandler

Ruben Sletteng/

Dato:

Bodø, 15.12.2022

Invitasjon til innspill - samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven

Helse Nord RHF takker for muligheten til å gi innspill på ekspertutvalgets arbeid. Vi anser det som et viktig arbeid utvalget skal i gang med, og vil følge den videre prosessen med interesse.

Vi har bedt om innspill fra de relevante kliniske miljøene i våre helseforetak, og har mottatt svar fra Nordlandssykehuset, og Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Disse er gjengitt i sin helhet under.

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

Oppsummert er inntrykkene fra våre fagmiljøer at det fremstår usikkert om innføringen av kriteriet om bortfall av samtykkekompetanse har ført til den ønskede reduksjonen i bruk av tvang. Noen rapporterer om at pasienter som legges inn på tvang er dårligere og at det blir behov for mer tvangsbruk og lengre tvangsinnleggelse når pasienter først blir innlagt, mens andre rapporterer om små endringer i konklusjoner knyttet til vurdering av tvangsinnleggelse som følge av lovendringen, og dermed også små endringer i tvangsbruk.

Videre meldes det om bekymringer rundt pårørendes situasjon etter innføring av samtykkevilkåret. Pårørende oppfatter tjenestens vurderinger som vanskelig å forstå, og uttrykker bekymring for at i den grad lovendringen hever terskelen for tvangsinnleggelse, vil pasientene bli dårligere før de mottar nødvendig helsehjelp.

For tjenestens del er det en oppfatning om at lovendringen medfører økt ressursbruk, og at det er krevende å gjøre gode vurderinger innenfor rammene av et akuttmottak.

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

Noen forslag om justeringer fra våre kliniske miljøer:

- Vurdere å styrke behandlingskriteriet sin betydning.

- Åpne for tvungen observasjon for avklaring av samtykkekompetanse
- Ytterligere tydeliggjøring av begrepet samtykkekompetanse

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Det er en bekymring for at en hevet terskel for tvangsinnleggelse fører til at pasienters tilstand forverres ytterligere, også med økt risiko for voldsbruk. Det har også blitt uttrykt bekymring for at en kan komme til å se flere pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern.

Nordlandssykehuset HFs innspill

Psykisk helsevernloven av 2017 innebærer en del vesentlige endringer i forhold til loven av 2001. Den mest markante endringen består i innføring av begrepet samtykkekompetanse. Hovedprinsippet som er gjort gjeldende er at innleggelse og behandling forutsetter samtykke fra pasienten. Fravær av samtykkekompetanse er en forutsetning for både innleggelse på tvang og tvangsbehandling med mindre det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Intensjonen som ligger bak lovverket av 2017 er å ytterligere fremme frivillighet, samt redusert bruk av tvang gjennom økt autonomi og selvbestemmelse for pasientene.

Vi er helt enige i at vi må søke å redusere og unngå urimelig tvang- det må være riktig bruk av tvang. Likevel er psykiatriens paradoks at jo sykere pasient desto mindre ønske om hjelp og behandling. Dette i motsetning til pasienter med somatiske sykdommer som ønsker mer hjelp jo sykere de er; det er få pasienter med kreft eller hjerteinfarkt som nekter å innse at de er syke.

Omlag 30 personer per 100.000 utvikler en alvorlig psykose i løpet av et år, omkring halvparten av disse har liten eller ingen sykdomsinnsikt. Denne manglende sykdomsinnsikten er et essensielt skille mellom somatisk og psykiatrisk medisin.

I det nye lovverket må pasientene med alvorlig psykisk sykdom bli vurdert om de er samtykkekompetente for å faktisk få rett til viktig utredning, behandling og ev videre rehabilitering, med mindre farekriteriet er oppfylt. Ved tvil skal pasienten vurderes samtykkekompetent, og da kan ikke pasienten tas imot på tvang og få innleggelse i psykisk helsevern. Det betyr at ansvaret ligger til den som er alvorlig syk, og ofte pårørende, og pasienten må derfor bli så syk at samtykkekompetanse sikkert mangler, for å kunne motta viktig innleggelse og behandling i psykisk helsevern.

De viktigste endringene i lovverket av 2017 er at behandlingskriteriet ble fjernet som hovedbegrunnelse for tvangsinnleggelse for pasienter med alvorlig psykisk sykdom (psykoselidelser mv).

Behandlingskriteriet

Med behandlingmessige hensyn menes at vilkåret for en innleggelse med begjæring om tvangsinnleggelse er til stede dersom personens psykiske helsetilstand ganske sikkert vil forverres uten en slik innleggelse. Man kan altså gripe inn i og stanse en sykdomsprosess før psykosen eller manien blir gjennomgripende eller overstyrende. Dette kalles behandlingsvilkårets negative side, eller forverringalternativet.

Behandlingvilkårets positive side vil argumentere for at pasienten helt åpenbart forspiller sin mulighet til å oppnå vesentlig bedring av sykdomsbildet ved å motsette seg et opphold på sykehus.

Det nye elementet i loven fra 2017 er at hvis pasienten har samtykkekompetansen i behold, trumfer denne behandlingskriteriet. Dette betyr i praksis at en innleggelse mot pasientens vilje, som er motivert av å skulle forhindre ytterligere forverrelse eller gi vesentlig bedring av pasientens psykiske helsetilstand, ikke lenger kan skje, så sant pasienten vurderes som helt klart samtykkekompetent. Dette er skjønnsmessige vurderinger, som gir fare for uønsket variasjon i tolkning, og dermed fare for at det kan tolkes ulikt av både fastleger/ legevaktsleger/ kommuneoverleger, spesialister og ikke minst kontrollkommisjoner.

I Psykisk helsevernlov av 2017 var også målet at endringen skulle bidra til reduksjon av tvang i psykisk helsevern, både innen døgn og tvang uten døgn (TUD). Begrensningene i loven fra 2017 for å gi innleggelse og behandling (jf. samtykkekompetanse) medfører ikke at utfordringen og sykkeligheten til pasienter forsvinner, tvert imot erfarer vi at pasienter før kunne imøtekommes tidligere og med lempeligere bruk av tvang (jf. behandlingvilkåret). Erfaringen har vist at endringen har medført økt bruk av tvang, inkludert TUD, da pasientene må være sykere i nytt lovverk med bruk av samtykkekompetanse som begrep enn tidligere hvor hovedkriteriet i tillegg til alvorlig sinnslidelse var behandlingskriteriet. I praksis har vi erfart at pasientene er mye sykere når de først kan tas imot på tvang, og hvor det påfølgende medfører at det også for hver ny psykotisk episode tar lengre tid før tilfriskning som en konsekvens. Det medfører også økt bruk av annen tvang; for eksempel av skjerming og andre tvangstiltak/middel når de først kan tas imot for innleggelse. Dette i stedet for at de ved behandlingskriteriet samt redusert observasjonstid (fra 5 til 3 døgn for tvangsbehandling slik før 2017) også kunne fått en tidligere og mer adekvat og persontilpasset behandling raskere etter innleggelse, og uten det som dermed kan vurderes unødig bruk av tvang; altså tvangsbruk (skjerming mm) for å sikre kontroll på situasjonen (utagering, uro, mv).

Samtykkekompetansekriteriet betyr også at de så snart de er vurdert samtykkekompetent enten av spesialisten eller kontrollkommisjonen må skrives ut til tross for at sykdomstilfellet fortsatt er alvorlig og tilfriskningsprosessen er i en startfase. Dette betyr igjen pasienten mister sin tidligere rett til lengre behandling og tilfriskning slik kriteriene i tidligere lovverk la til grunn. Vi har erfart at utfordring og ansvar for pårørende er økt, samt at samfunnet, herunder kommunene og politi, må tåle mer usikkerhet spesielt tilknyttet mer vold, «uartig adferd» og ansvar, som ikke oppfyller villkår for manglende samtykkekompetanse eller (enda) oppfyller farekriteriet. Med dagens lovverk erfarer vi at pasienter med alvorlige psykiske lidelser i større grad blir «svingdørs pasienter» ved akuttpsykiatriske avdelinger, i stedet for å få mulighet for lengre behandling og tilfriskning ved for eksempel psykoseposter. I tillegg erfarer vi at pasienter legges inn til frivillig opphold (§2-1), men likevel vurderes å være svært alvorlig syk med store psykotiske symptomer og er dermed uten samtykkekompetanse. Siden farekriteriet ikke er oppfylt kan ikke konverteringsforbudet omgås og pasienten må skrives ut omgående frivillig og hjem, ofte med lange transportetapper med fly, bil eller tog, før pasienten til slutt fanges opp og vurderes på nytt i egen kommune/ hjemsted av fastlege/legevaktslege og deretter sendes tilbake på tvang. Dette er unødig belastning for pasient, pårørende og kommuner, og konverteringsforbudet bør derfor også vurderes videre i ny gjennomgang av samtykkekompetansebegrepet. Det er som kjent i tillegg til stor sykdomsbyrde, også tidlig død og økt forekomst av somatiske sykdommer hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Schizofreni er et eksempel på lidelse som ikke bare involverer hjernen men som også forbundet med

endringer i mange kroppslige funksjoner uavhengig av antipsykotisk medisin. En av de største oppfølgingsstudier, over 20 år, viser at alle antipsykotika er assosiert med redusert risiko for død sammenlignet med umedisinerte pasienter, inkludert risiko for hjerte-karsykdommer (Taipale et al. 2020 World Psychiatry). Dette er viktig da det er kjent, også fra OECD rapport, at Norge har en av de høyeste dødelighet ved bipolare lidelser og schizofreni.

Etter vår oppfatning bør dermed ikke samtykkekompetansebegrepet nødvendigvis trumfe behandlingsvilkåret da vi med dette frarøver pasientens rett til viktig behandling og hjelp. Behandlingsvilkåret bør i stedet vurderes styrket.

Innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Psykisk helse- og rusklinikken:

1. Vi er usikre på om lovendringen har medført en reduksjon i antall pasienter som underlegges tvunget psykisk helsevern. Vi etterspør tall som kan vise om lovendringen har hatt ønsket effekt eller ikke. Vi har så langt ikke erfart noen tydelig endring i praksis utover en dreining fra behandlingsvilkåret over til farevilkåret ved etablering av tvunget psykisk helsevern.
2. Vurdering av samtykkekompetanse er en langt mer krevende oppgave enn det loven legger opp til. Det er på samme måte som ved vurdering av hovedvilkåret og tilleggsvilkårene noen ganger behov for å bruke tid på å avklare om vilkåret er oppfylt eller ikke. Det bør derfor åpnes opp for at tvungen observasjon etter § 3-2 i PHVL også kan benyttes for avklaring om samtykkekompetanse.
3. Det er en bekymring for at lovendringen har medført økt bruk av tvang overfor noen pasientgrupper (f. eks. pasienter med demenslidelser). Dette gjelder pasienter som blir vurdert som alvorlig sinnslidende (oppfyller hovedvilkåret) og som samarbeider om behandlingen, men hvor mangel på samtykkekompetanse gjør at det ikke er mulig å etablere frivillig behandling etter § 2-1 i PHVL. Alternativet blir da etablering av tvunget psykisk helsevern etter § 3-3 i PHVL. Vi mener at dette er uheldig da en slik praksis ikke bidrar til å styrke pasientens rettsikkerhet eller redusert bruk av tvang, og medfører ekstra arbeid.
4. Flere pårørende har uttrykt frustrasjon over at det går for lang tid før det blir etablert tvunget psykisk helsevern og at dette skyldes en for tung vektning av samtykkekompetanse vs. lovens andre vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern. Vi har noe erfaring med at pårørende er uenige i hvordan vi vurderer og vektet vilkårene for etablering av tvunget psykisk helsevern og at det er vanskelig for pårørende å forstå vår tolkning og vurdering av de ulike vilkårene. Lovendringen har ikke gjort det noe enklere for pårørende på dette området.
5. Bekymring for at samtykkekompetansevilkåret blir for sterkt vektlagt over de andre vilkårene ved vurdering av etablering av tvunget psykisk helsevern.
6. Loven gir lite rom for en dynamisk forståelse av samtykkekompetanse, og hvor situasjons- og relasjonsbetenget en slik vurdering kan være. For sterk forventning om at det er mulig og riktig å raskt konkludere om pasienten mangler samtykkekompetanse eller ikke.
7. Bekymring for at pasienter med psykisk sykdom ikke får tilstrekkelig behandling og at dette kan føre til økt forekomst av vold og kriminalitet, noe som igjen kan føre til en økning i antall personer som blir dømt til tvunget psykisk helsevern.
8. Opplevelse av at pasienter som blir innlagt til døgnbehandling erfares mer alvorlig psykisk syk og mer ressurskrevende nå enn før lovendringen.

9. Fastleger har liten erfaring med å gjøre vurderinger av vilkårene for etablering av tvunget psykisk helsevern. For sterk vektlegging av autonomi og samtykkekompetanse kan føre til at pasienter ikke blir henvist til nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten. Samtykkekompetansebegrepet er utydelig og komplisert, noe som fører til stor variasjon i forståelsen av samtykkekompetansevilkåret.

Vennlig hilsen

Ruben Sletteng
seniorrådgiver