

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Vår referanse:

22/01364-9

Saksbehandler:

Frode Bie, +47 913 71 930

Deres referanse:

Dato:

13.12.2022

Svar på invitasjon til innspill - Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Det vises til brev av 19.10.2022 hvor det bes om innspill til Ekspertutvalget samtykkekompetanse.

Helse Sør-Øst RHF har innhentet tilbakemeldinger fra helseforetakene på de problemstillingene som fremgår av mandatet til Ekspertutvalget med særlig fokus på strekpunktene som ble løftet frem i brevet av 19.10. Det vil i det følgende bli gitt noen kommentarer til hvert av strekpunktene, for utdyping vises det til de vedlagte tilbakemeldingene fra helseforetakene.

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

Helse Sør-Øst RHF vurderer samlet sett at innføringen av samtykkekompetanse bidrar til å øke pasientens rettssikkerhet. Tilbakemeldingene fra helseforetakene indikerer likevel at lovverket kan være krevende både å forstå og praktisere, noe som kan føre til ulike tolkninger og praksis både i helseforetakene og hos kontrollkommisjonene og statsforvalter.

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

Tilbakemeldingene fra helseforetakene tyder på at innføringen av samtykkekompetanse har ført til man i større grad respekterer pasientens eventuelle uenighet om videre behandling. Dette kan imidlertid for noen pasienter føre til rask forverring av sykdomstilstanden da de avbryter behandlingen når de gjenvinner

samtykkekompetanse. Dette kan også gi merbelastning for pårørende som kan oppleve større omsorgsansvar, og som kan oppleve at pasienten har et stort behandlingsbehov.

Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Det er viktig å tilrettelegge for systematisk kollegadrøfting, opplæring og undervisning for å sikre en felles forståelse av lovverket og lik praksis. Helseforetakene har gode erfaringer med bruk av ambulante og fleksible løsninger slik som FACT.

Noen utfordringer knyttet til samfunnsvern

Det er påpekt behov for en tydeligere definisjon av farekriteriet opp mot samtykkekompetanse. Uklar forståelse av begrepet kan føre til usikkerhet hos behandlere, og bidra til uønsket variasjon i vurderingene.

Det pekes videre på at samarbeid mellom helsetjenesten og politiet kan være utfordrende. Dette kan henge sammen med ulik forståelse av rammene for taushetsplikten, og uenighet om hvor pasienten «hører hjemme». Både psykisk helsevern, rusbehandling og politiet, er tjent med tettere og bedre samarbeid for å bedre samfunnsvernet. Flere pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rus- og personlighetsproblematikk kan være samtykkekompetente, men likevel utgjøre en risiko for å begå alvorlig kriminalitet.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Lars Eikvar
Kst. fagdirektør

Cecilie Skule
avdelingsdirektør

Vedlegg:
~ 22_01364-4 Innspill fra Blakstad sykehus til ekspertutvalget om samtykkekompetanse
Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse fra Sykehuset i Vestfold

Innspillsforespørsel - Samtykkekompetanse Østfold
Innspill fra Sykehuset Innlandet

Vår dato
06.12.2022
Deres dato

Vår referanse
22/09055-2
Deres referanse

Helse Sør-Øst
Postboks 404
2303 HAMAR

v/ Frode Bie

Innspillsforespørsel - Samtykkekompetanse

Følgende innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse kommer fra klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold. Innspillene som følger under er innhentet fra Psykiatrisk avdeling og DPS.

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

- Begrepet samtykkekompetanse gir for stort rom for ulik tolkning hos hver enkelt spesialist. Det pekes bla på at det er utviklet verktøy for å hjelpe til med en slik vurdering der evnen til å forstå, anerkjenne, resonnere og uttrykke et valg er slike hjelpesnorer. Samtidig angis det at pasienten kan ha samtykkekompetanse selv om:
 - pasienten har mangelfull sykdomsinnsikt
 - pasienten har hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger
 - pasienten har redusert kognisjon på visse områder
 - pasienten ikke kan/vil snakke
 - pasientens verdier og beslutninger strider mot helsepersonellens oppfatning om hva som er «til det beste for pasienten»
- Det angis videre at beviskravet er så sterkt, slik at pasienten, også i tvilstilfeller, ansees som samtykkekompetent dersom ikke annet klart kan begrunnes konkret.
- Lovverket sier således noe om hva pasienten bør klare å få til av ytringer for å ha samtykkekompetanse, samtidig er det tydelig i punktet under at pasienten kan ha flere mangler, men allikevel være samtykkekompetent. Dette fører til at det i praksis kan bli svært trøblete både å konkludere ift dette samt og å skal likhet i konklusjon mellom behandlere.

Postadresse
Postboks 300
1714 Grålum

Telefon 69860000
Org.nr. NO 983 971 768 MVA
E-postadresse postmottak@so-hf.no
www.sykehuset-ostfold.no

- Det fremstår som merkverdig at man under vedtak om tvungen observasjon (§ 3.2 i PHL) kan få lov til å tvile på om for eksempel om behandlings- eller hovedvilkåret er oppfylt, mens man vedr samtykkekompetanse må konkludere uten en slik tvil. Dette byr på utfordringer i enkelte kliniske saker der pasientens oppfatning av egen helse beror nettopp på om pasienten faktisk er alvorlig sinnslidende eller ikke.
- Vilkårets (samtykkekompetanse) største utfordring oppstår (etter min mening) der pasienten helt tydelig ikke er samtykkekompetent verken for innleggelse eller medisiner. Disse pasienten er gjerne på § 3-3. De mener seg ikke psykiske syke og de mener de ikke trenger medisiner for noen psykisk lidelse, men kan samtidig ha tatt antipsykotika over lang tid uten at de selv stiller spørsmålstegn med dette. I følge gjeldende lovverk skulle man da ha seponert alle psykofarmaka med den begrunnelse av at de ikke er samtykkekompetente hva gjelder medisiner (fordi de ikke anerkjenner den lidelsen de bruker medisinen for). En slik seponering føles behandlingsmessig svært vanskelig. Autoseponering av langvarig psykofarmakabruk (som antipsykotika og stemningsstabiliserende) kan føre til drastisk forverring og plager hos pasienten. Sykdomsperioden kan således forlenge seg, gjøre tilfriskning mer utfordrende og gi økt bruk av tvang. Det er mulighet for å fatte § 4-4, men dette krever oftest observasjonstid. Dessuten kommer ev. klagetid og ev behandlingstid hos Statsforvalter i tillegg.
- Det er utfordrende at noen pasienter aldri kan bli samtykkekompetente (f.eks moderat psykisk utviklingshemming + schizofreni). Dersom de ikke har samtykkekompetanse kan de ikke få medisiner frivillig. Da må man videreføre §3-3 i evig tid, bare for å kunne opprettholde §4-4a, bare fordi pasienter ikke kan bli samtykkekompetente. Dette er meget tidkrevende, og behandlingen blir meget langvarig. Dette fører til unødvendig bruk av tvang (det ville gått like bra uten tvang), og gjør at spesialisthelsetjenesten bruker ressurser på dette, og disse ressurser kunne vært brukt bedre på andre ting.
- I psykiatriske akuttavdelinger ser vi ofte at pasienter gjenvinner samtykkekompetansen da de er godt behandlet. De vil da ofte slutte med medisiner, noe som igjen fører til forverring og nye (og lange) innleggelser. Dette medfører langvarig bruk av tvangsinnleggelser. Når en pasient gjenvinner samtykkekompetansen bør man likevel kunne holde en pasient på TPH i mye lengre tid enn hva som er vanlig praksis i dag. Dette for å hindre nye psykosegjennombrudd som behandlingsmessig er skadelig for pasienten og det vil hindre innleggelser.

Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenestenPasienter

- Innføring av samtykke har gjort at vi får flere «svingdørs»-pasienter. Mange pasienter gjenvinner sin samtykkekompetanse under behandling og det er da vanskelig å kontinuere behandling på TUD. Da vil pasienter måtte tas av TUD og risikerer å syke inn oftere og bli så syke at de atter må legges inn i psykisk helsevern på §3-2/3-3.
 - Dette gir dårligere prognose for pasienter

Pårørende

- Mer usikkerhet og frustrasjon for pårørende
- Mye ansvar legges på de pårørende når det gjelder å ta vare på pasientene til de blir såpass dårlige at tvangslovgivningen kan brukes pånytt

Helsetjenesten

- For helsetjenesten blir det mer akutt-behandling og mindre tid til gode, langvarige oppfølging/rehabilitering
- For helsevesenet er dette en belastning. Vi kan sette i gang behandling opptil flere ganger per år. Det at noen blir friske nok til å gjenvinne samtykkekompetansen er i stor grad resultat av behandlingen. Dette utgjør en belastning for både pasient og helsevesenet
- Mer dokumentasjonsarbeid for spesialistene

Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

- Ofte er jo autonomi og samarbeid om behandlingen det beste. Men man burde kanskje som helsepersonell i noen tilfeller få anledning til å sikre behandling (videreføre tvang) i litt lengre tid enn akkurat når samtykkekompetanse oppnås. Ofte er samtykkekompetanse svingende og gradvis bedrende over litt tid, og i denne første og sårbare fasen ville mange pasienter ha godt av å «ha tvang for sikkerhets skyld» for å forhindre tilbakefall av sin alvorlige psykiske lidelse.
- Det er nok også problematisk at psykisk helsevern er veldig presset på tid. Det gir begrenset tid, særlig for spesialistene som har mange oppgaver utover bare å følge opp egne pasienter. Tilrettelegging til den frivillige oppfølgingen kan bli vanskelig da det krever større ressursinnsats enn det tjenestene (både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten) er rigget for. Det gir uheldige utfall både for pasientens prognose og samfunnsvern
- I psykiske helsevern søkes det alltid å jobbe med pasienters medbestemmelse, men for de dårligste er dette svært krevende og i noen tilfeller ikke mulig

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Fare-kriteriet er dårlig definert. Det finnes lite veiledning og lite praksis (rettsavgjørelser). Dette gir både stor usikkerhet hos behandlere (ubehagelige, usikre avgjørelser), og uønsket ulik behandling (både fra vedtaksansvarlig til vedtaksansvarlig og sikkert også fra helseregion til helseregion).

Det er uklare kriterier for hva som er «nærliggende» og hva som er «alvorlig».

- På gruppenivå kan vi nok si at schizofrene med psykose har høyere farlighet en schizofrene uten psykose.
- Vi vet at flere pasienter som kan oppnå samtykkekompetanse velger å slutte med medisiner. Likevel vil mange ikke være så farlige at det er «nærliggende og alvorlig» fare for andre. Da må de som ikke fyller fare-kriteriet få bli frivillige, og da slutter noen av disse med medisiner. Da blir de dårlige igjen, og mer farlige (selv om de ikke blir så farlige at det er «nærliggende og alvorlig»)
- Innføring av samtykkekompetanse for behandlingsskriteriene vurderes totalt sett å kunne redusere samfunnsvernet (dvs øke fare for andre i samfunnet over tid)
- Utviklingen i samfunnet er at alvorlig syke mennesker i større grad skal klare seg alene i egen bolig, eventuelt i en bemannet bolig. Det blir en avveining: Pasienten har en rettsikkerhet knyttet til vilkårene i lov om psykisk helsevernloven er oppfylt og samtykkekompetanse opp imot hva ivaretagelse av samfunnsvern.

Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

- Utfordringer med kapasitet etter det nye lovverket ble innført i 2017, og reduksjon i antall senger på sykehusnivå

Med vennlig hilsen

Sykehuset Østfold

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Andreas Joner
klinikk sjef

Finn Arild Andersen
rådgiver
+47 69 86 00 00

Kopi til:

Helse Sør-Øst

Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse fra Sykehuset i Vestfold

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

Innspill:

Generelt bør endringer i lovverket ikke medføre at mer tid for spesialister går med til dokumentasjon og juridisk arbeid, men at spesialister i psykisk helsevern bruker sin tid til pasientmøter som utredning og behandling. Overordnet oppleves det nye lovgrunnlaget å gi vesentlig merarbeid for helsetjenesten og i beste fall en marginal bedring av rettssikkerheten til pasientene. Noen pasienter kan synes å ha fått et dårligere behandlingstilbud etter innføringen av det nye lovgrunnlaget.

Det er en bekymringsfull utvikling hva gjelder økt tvang og makt ovenfor pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, særlig når vi ser på evidens for hvorvidt denne tvangsbruken bidrar til ønsket behandling av grunnlidelsen.

Det er utfordrende å se forskjell i vurdering hva som skal ligge til grunn for å være samtykkeincompetent når pasienten har en spiseforstyrrelse og hvor grensen ligger ved andre psykiske lidelser. Endringene i psykisk helsevernloven må ses i sammenheng med de endringer som er i straffeloven fra 2020 som medfører at flere pasienter dømmes til TPH. Det er en dreining mot at behandlingsskapitet tas opp av pasienter på dom. Det blir mindre ressurser og kapasitet til pasienter der en kunne ha arbeidet mer forebyggende.

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

Innspill:

For pasientene

1. I tråd med intensjonen i lovendringen er flere pasienter tatt av tvungent psykisk helsevern, lite endring i etablering av tvang.
2. Det er uheldig for noen pasienter som ikke har samtykkekompetanse, ikke viser motstand og ønsker dette, at de ikke kan tas imot frivillig til en innleggelse.
3. Hyppigere bruk av farekriteriet oppleves krenkende av noen pasienter.
4. Lengre saksbehandling av klage på vedtak om legemiddelbehandling uten samtykke medfører forsinkelse i iverksetting av adekvat medikamentell behandling
5. Noen pasienter får flere avbrudd i behandlingen som vurderes prognostisk ugunstig
6. Pasientens rettigheter er styrket, men vi ser at vilkåret manglende samtykkekompetanse er en vanskelig og til dels skjønnsmessig vurdering som medfører at pasienter som burde få behandling kan unndra seg denne på tross av sterkt behov for behandling.
7. Pasienter kan gå lenger ubehandlet og dermed ha mer alvorlig sykkelighet ved innleggelse som igjen medfører behov for lengre innleggelser.

For pårørende

8. Mange pårørende uttrykker fortvilelse og opplevd over at TPH oppheves når samtykkekompetanse gjenvinnes og opplever at det må en betydelig forverring til før nødvendige tiltak iverksettes på nytt
9. Merbelastning på pårørende som kan oppleve større omsorgsansvar og oppfølging og oppleve at en som er i behov av behandling ikke får tilbud om dette

For helsetjenesten

10. Økte krav til detaljeringsnivå i dokumentasjon medfører mer tidsbruk til dokumentasjon og mindre tid til klinisk arbeid
 - Mer å ta stilling til i hvert enkelt vedtak og hvert enkelt vedtak blir derved nødvendigvis lenger og tar mer tid å skrive.
 - Flere pasienter henvises til TPH, derav mer dokumentasjon.
 - Langt flere pasienter må ha vedtak om behandling med legemidler uten samtykke og klagesaksbehandlingen er langt mer tidkrevende enn før:
 - i. Tidkrevende å skrive et vedtak om behandling uten samtykke
 - ii. Når pasienten klager, må saken først saksbehandles av sykehuset, vedtaksansvarlig må skrive en ny redegjørelse der vedtaket opprettholdes
 - iii. Deretter forberede møte med advokat og Statsforvalter
 - iv. Oppsummert mener erfarne klinikere at det brukes 3-4 timer spesialisttid til hvert vedtak om behandling uten samtykke uten at de opplever at pasientens rettssikkerhet er vesentlig bedret.
11. Det oppleves urimelige forskjeller i pasientgrupper hvor pasienter med spiseforstyrrelse er definert samtykke-inkompetente til tross for vesentlig bedre funksjon og innsikt enn f.eks. en pasient med alvorlig ruslidelse eller personlighetsforstyrrelse.
12. Vedr spiseforstyrrelse: vurderes samtykkekompetent når går i poliklinikk, må vurderes samtykkeinkompetent når innlegges på tvang til tross for at tilstandsbildet er tilnærmet uendret.
13. Helsedirektoratet skal ha gitt føring om at det skal treffes vedtak om behandling uten samtykke når pasient med spiseforstyrrelse er innlagt på TPH og derav uten samtykkekompetanse når det gjelder forhold til ernæring, også når pasienten spiser f.eks. brødskeer. Disse vedtakene varer i tre uker. Betyr betydelig økt dokumentasjonsmengde.
14. Klinikere har erfart at vilkårene vedr. farekriteriet og begrepet «nærliggende fare» tolkes ulikt av Kontrollkommisjonen og statsforvalter. Dette skaper utfordringer for helsepersonell.
15. Klinikere erfarer at pasienter kan ha mer alvorlige tilbakefall sannsynligvis bl.a. pga. hyppigere avbrudd i behandling som igjen medfører reinnleggelser av lengre varighet og mer press på tjenesten.
16. Klinikere opplever dilemmaer og etisk stress i enkelte situasjoner, eks.: Når en pasient med alvorlig sinnslidelse og manglende samtykkekompetanse (men som ikke motsetter seg helsehjelp) ønsker å prøve ut medisiner, kan kliniker oppleve at dette noen ganger skaper utfordringer mht. å fatte vedtak. Kliniker ønsker at medisiner kan prøves ut og kan vurdere belastningen som liten for pasienten, men mangler grunnlag for å være sikker på effekt som et 4-4-vedtak krever. I slike tilfeller vil kliniker fatte vedtak, men opplever at det ikke er riktig overfor pasienten som uttrykker ønske om å prøve medisiner.

3. Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Innspill:

Dersom god pasientbehandling defineres som å opprettholde samme nivå og kvalitet på behandlingen som før 2017 vil det for flere pasienter være hensiktsmessig å vurdere hvorvidt farekriteriet er innfridd.

Farekriteriet bør bedre defineres og tydeliggjøres opp mot samtykkekompetanse.

Samtykkekompetanse kan være fluktuerende og avhengig av kontekst, noe som gjør vurderingen krevende.

4. Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Innspill:

17. For å forebygge voldshandlinger begått av mennesker med psykose vet vi ikke på individnivå hvilke pasienter som vil begå alvorlig vold. Jo lenger tid en pasient med en alvorlig psykose lidelse er i en «ikke-behandlet sykdomsfase», jo større risiko kan det være for at personen kan komme til å utøve en voldelig handling.

5. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Innspill:

- Bremnes RS, Hanne. 2020. Tvang i psykisk helsevern - status etter lovendringene i 2020. Oslo: Helsedirektoratet.
- Høyesterettsdom HR-2001-621. Rt-2001-1481 (270-2001). Tilgjengelig fra: <https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/hr-2001-621.pdf>
- Skui HB, Ragnild. 2020. Tvang i psykisk helsevern, status etter lovendringene i 2017. Oslo
- Olsen A-K, Helse- og omsorgsdepartementet. Drap i Norge i perioden 2004-2009
- Maktmiddelutvalget. 2022. Politiets bruk av maktmidler. Oslo
- Large M, Smith G, Swinson N, Shaw J, Nielsen O. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. Br J Psychiatry. 2008;193(2):130-3.



Frode Bie
 Fagsjef TSB
 Psykisk helsevern og rusbehandling
 Helse Sør- Øst HF

Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse fra Sykehuset Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern

Vedlagt oversendes innspill fra alderspsykiatri, BUP, DPS og TSB. Ved etterlysning av innspill fra avdelingene for akuttpsykiatri og psykosebehandling har vi fått tilbakemelding om at en del leger allerede har gitt innspill via Legeforeningen.

Fra alderspsykiatrisk avdeling

Fra et alderspsykiatrisk perspektiv, er erfaringsgrunnlaget med det nye lovgrunnlaget hovedsakelig knyttet til pasienter med kognitiv svikt/demenssykdom, noen nyoppståtte psykoselidelser og mer sjeldent ved alvorlig affektiv episoder.

Vi erfarer at ved innleggelsestidspunktet, er spørsmålet om manglende samtykkekompetanse som regel greit å avklare. Utfordringene vi møter er de pasienter som ikke har samtykkekompetanse eller har varierende samtykkekompetanse gjennom døgnet, men som uttrykker at de ønsker innleggelse. For noen, vil «tvangsinnleggelse» i en slik situasjon kunne oppleves krenkende og det vil også kunne bidra til økt paranoiditet.

En hyppig problemstilling er pasienter uten samtykkekompetanse mht innleggelse og aktuell sykdom, men som likevel ønsker å ta sine psykofarmaka. Igjen kan tvangsvedtak oppleves krenkende og bidra til økt paranoiditet/utrygghet mht om de «får noe annet».

Vi tror det ville være gunstig å åpne opp for at pas uten samtykkekompetanse for innleggelse og egen helsesituasjon, likevel kunne få muligheten til å samtykke til behandling. Uten denne muligheten er det en fare for at svært syke pasienter mister mulighet for effektive behandlingsalternativer, eksemplifisert med ECT.

Fra BUP

Overordnet er tenker vi at krav om vurdering av samtykkekompetanse er et riktig krav og at det for vår populasjon fungerer etter hensikt.

Vi kan i liten grad se hvordan kravet medfører økt tvangsbruk for ungdommer, vi kan heller ikke se hvordan det å eventuelt ikke komme tidlig nok til fordi samtykkekompetanse hindrer tiltak som kunne innebære et form for samfunnsvern er et særlig aktuelt problem.

Selvbestemmelse for de ungdommene som har mulighet til å bestemme selv er en viktig å bevare.



I klinikken ser vi sjelden at samtykkekompetanse står i veien for å gi et godt tilbud og når pasienten vurderes med samtykkekompetanse kan det være en god grunn for å gi frivillighet et nytt forsøk (vi har gjort det i noen runder, det har ikke nødvendigvis ført frem, men likevel kanskje vært viktig).

Vi tenker at det virkelige dilemmaet handler om å komme tidlig nok til med hjelpetiltak, og at det er uheldig dersom samtykkekompetansekravet står i veien for det, uten at dette er et dilemma vi støter på ofte. Og som mange andre tenker vi vel at tiltakene kanskje bør komme tidligere fra 1. linje for eksempel, særlig for ungdommer, og da forebygge behov for tvangstiltak.

DPS Gjøvik

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP), har laget et svært godt høringsnotat som etter vår mening tar opp de viktige tingene. DPS Gjøvik støtter konklusjonene som LPP tar med i sitt høringsnotat.

Vi vil også legge til følgende:

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

Det er lagt for mye ansvar over til enkelt individet som foruten manglende teoretisk kunnskap om sykdom og medisiner, ofte er betydelig preget av sykdom. Hvorvidt dette skal videreføres eller justeres vil uansett være i behov av betydelig presisering.

Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten Pasienter og pårørende må «vente» til pasienten har blitt «syk nok» til å oppfylle «kravene» for behandling under rammene av TPH. Dette fører til en betydelig belastning for pårørende og langvarig lidelse for pasientene, i noen tilfeller med ikke reversibel skade. Helsetjenesten får ikke behandlet pasientene ferdig, foruten å dempe symptomene frem til pasienten gjenvinner samtykkekompetanse og kan avslutte behandling.

Det er sentralt i problemene rundt det å bruke samtykkekompetanse som kriterium, at det er få som er gode på å gjøre dette grundig nok innenfor en kort avgrenset tidsperiode. Det tar tid å vurdere det, og det er uheldig om en person går glipp av behandling fordi en ikke har tilstrekkelig tid til å gjøre dette grundig nok.

Vi burde tilstrebe mest mulig frivillighet. Likevel praktiseres det at dersom en person ikke er samtykkekompetent, så må vedkommende innlegges på tvang, selv om vedkommende selv ønsker og trenger innleggelse. Motsatt, dersom en pasienten innlegges frivillig og blir ikke samtykkekompetent under innleggelse, så må vedkommende overføres til tvang, selv om vedkommende ønsker fortsatt frivillig innleggelse.

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Pasienter som ikke er syke nok til behandling og for syke for kriminalomsorgen.

Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet.

Endring i antall pasienter dømt til behandling.

TSB



Avdeling for TSB ivaretar ikke innleggelser etter PHVL §3-2, §3-3 eller §4-4 og har derfor ingen direkte erfaringer med praksis av dette lovgrunnlaget.

I situasjoner hvor pasienter innlagt i en av enhetene i avdeling for TSB er vurdert til å være i behov av tiltak som fordrer dette lovgrunnlaget, varsles Avdeling for akutt og psykose. Ansvarlig behandler på Avdeling for akutt og psykose innehar vedtakskompetanse ifh til aktuelt lovverk og gjennomfører samtykkekompetansevurdering.

Ifh til øvrige tema det ønskes innspill på i invitasjonen fra Ekspertutvalget har TSB lite klinisk erfaring direkte knyttet til temaet manglende samtykkekompetanse ifh psykisk helsevernloven, men har betraktninger og bekymringer som sannsynligvis bedre beskrives og formuleres av avdelinger som jobber med dette i daglig klinisk praksis.

Med vennlig hilsen

Benedicte Thorsen Dahl
Divisjonsdirektør
Divisjon Psykisk helsevern

Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Blakstad Sykehus tilbyr pasientbehandling innen psykisk helse og rus for personer bosatt i Buskerud, Asker og Bærum. Sykehuset tilbyr pasientbehandling for et bredt spekter av pasienter i ulike faser, og består av tre avdelinger: Avdeling for akuttpsykiatri, Avdeling for alderspsykiatri og Avdeling for spesialpsykiatri. Som ellers i helsetjenesten er det stor grad av seleksjon i pasientpopulasjon i de ulike avdelingene. Denne seleksjonen går fra førstelinjetjenesten til akuttmottak, videre til akuttseksjon, til avdelinger som er langtidsrettet og/ eller innen spesialiserte fagfelt. Når man vurderer samtykkekompetanse vil omstendigheter og til hvilket formål vurderingen gjøres være viktige premisser for vurderingen som gjøres. Våre innspill til ekspertutvalget om samtykkekompetanse vil være tydelig på når de ulike perspektivene inntas.

Hovedregelen for behandling i helsetjenesten, somatisk og psykiatrisk, er at den skal foregå på frivillig basis. I en tjeneste som vår, hvor tvangsbruk er en del av hverdagen, er dette en hovedregel som er sentralt å ha bevisst når det gjennomføres vedtak som går på bekostning av pasientens autonomi. Vi opplever samlet sett at innføring av samtykkekompetanse øker pasientenes rettssikkerhet. Innledningsvis vil vi også nevne at formuleringen til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 er tydelig og lett forståelig. Presiseringene som Helsedirektoratet har gjort om praktisk anvendelse av samtykkekompetanse opp mot psykisk helsevernloven (akronymet FARV), virker ikke å ta høyde for at pasienten kan være uenig i vår vurdering om å være alvorlig psykisk syk, men samtidig kan ha vesentlig egen erfaring med tvungen behandling og dermed kan «forstå hva samtykket omfatter», jmf. Pbrl § 4-3.

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

Fra et akuttpsykiatrisk perspektiv er vurdering av samtykkekompetanse for hva gjelder innleggelse sjeldent vanskelig. Noen ganger kan det være komplisert for pårørende å forstå hva samtykkekompetanse innebærer, som da også innebærer friheten til å kunne gjøre det andre kan se på som dårlige valg. Dette løser seg som oftest med god informasjon og pårørendedialog. Flere av henvisningene til tvungen observasjon og tvunget vern fra førstelinjetjenesten er preget av begrenset forståelse av hva tjenestene kan tilby, begrenset forståelse av hva hovedvilkåret om aktuell alvorlig sinnslidelse innebærer, og dermed også vurdering av samtykkekompetanse for hva gjelder innleggelse og tilleggsvilkår. Inntrykket er at flere som henviser til tvunget vern har gjort seg opp en mening om tiltaket på forhånd og dermed tilpasser vurdering av hovedvilkår, samtykkekompetanse og tilleggsvilkår til vurderingen. Det skal for eksempel ikke være automatikk mellom å ha en diagnostisert alvorlig sinnslidelse og at man har hjemmel til tvungen innleggelse. Dette er tydelig presisert i kommentarene til Helsedirektoratet som ved bla. suicidalitet. Tilgang på denne informasjonen virker å være begrenset. I 2022 tom. september nektes etablering av tvunget vern (TPH) i vårt akuttmottak ved 23%, altså ca. en fjerdedel av henvisningene.

Der hvor man skal ta stilling til langtidsbehandling blir vurdering av samtykkekompetanse mer sammensatt og avhengig av en ytterligere helhetlig vurdering. Som presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som skal gis for at samtykket skal være gyldig. Informasjonen skal tilpasses den enkelte, inngrepets art og konsekvenser og omstendighetene for øvrig. Vår erfaring er at slik informasjon noen ganger kan bli utilpasset grunnet kognitiv fungering, aktuell psykisk lidelse, utdanningsnivå, kulturforskjeller, med mere, og dermed kan bli utilstrekkelig. Dette kan medføre vurderinger av samtykkekompetanse noen ganger blir på mangelfullt grunnlag; altså at pasienten ikke vet hva man faktisk velger og hvilke konsekvenser dette kan få.

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

I følge tall fra TvangsForsk kan det se ut som at etter endringen av phvl i 2017 at den generelle nasjonale tvangsbruken gikk ned for en periode på 1-2 år, for så å gå tilbake til tidligere nivå. Dette kan tyde på at det å endre et lovverk ikke er tilstrekkelig til å endre praksis, og at fokus heller bør være på opplæring, veiledning og samstemming. Vi har heller ikke sett studier som viser til at innføring av samtykke faktisk har spilt en rolle i reduksjon av tvangsbruk på nasjonal basis. Vi sitter med en opplevelse av at de ulike Kontrollkommisjonene og Statsforvalterne/ Fylkeslegene har ulik fortolkning av lovverket, som videre vil gi ulik praksis avhengig av hvor pasienten bor. Vi er også kjent med at det er store geografiske forskjeller i hvor mange klager på tvangsmedisineringsvedtak som gis medhold som antagelig ikke kan forklares utfra store systematiske ulikheter i pasientpopulasjonen hos de ulike helseforetakene. Her tenker vi at samstemming av lovfortolkning, praksis, og tilgang til opplæring er å foretrekke fremfor en ny lovendring.

Vår praksis oppfattes endret for spesielt vedtak om tvangsbehandling etter innføring av samtykkekompetanse som premiss i 2017, som i større grad ivaretar pasientens rettssikkerhet ved at man respekterer uenighet om videre behandling dersom pasienten er i stand til å ta informerte valg. Som nevnt tidligere er det mer komplisert å vurdere samtykkekompetanse ved lengre tids behandling. Det er også usikkerhet knyttet til om økt autonomi som følge av oppnådd samtykkekompetanse kan knyttes til økt antall reinnleggelser på noe sikt, og bør undersøkes videre. En annen bakside ved økt krav til behandlingsapparatet er at spesielt spesialistene bruker vesentlig mer tid på dokumentasjon fremfor direkte pasientkontakt.

Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Vi sitter med en erfaring av at god pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret kan økes med systematisk kollegadrøfting, god opplæring og undervisning, kombinert med

veiledning av helsepersonell, spesielt i sammensatte og kompliserte pasientforløp. Vi har også positiv erfaring med økt satsning på ambulante og fleksible løsninger som bla. FACT. Slike team kan i større grad individuelt tilpasse seg ulike pasienters behov og kunne følge pasienter over tid som kan danne relasjoner som er sentralt for god pasientbehandling og redusert bruk av tvang. Det er nylig gjennomført en evaluering av FACT-satsningen i Vestre Viken HF som viser til en antatt høy sammenheng mellom økt antall konsultasjoner i FACT mot en reduksjon antall innleggelser og liggedøgn i akuttavdeling.

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

I nasjonale drapsoversikt fra 2021 viser KRIPOS til at antall drap i Norge er relativt stabilt. Nasjonal koordineringsenhet viser til en tredobling av antall personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern fra 2008 til 2020. Samfunnsvern er et viktig fokus for Sykehuset, og har fått økt fokus innen forbedring av rutiner i 2022. Samarbeid mellom helsetjenesten og politiet er tidvis utfordrende og kan stamme fra kultur for samhandling/ manglende samhandling, forståelse og misforståelse om rammene for taushetsplikten, og uenighet om hvor pasienten «hører hjemme». Både spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus og Politiet er tjent med tettere og bedre samarbeid. Flere av våre pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rus- og personlighetsproblematikk kan være samtykkekompetente, men likevel utgjøre en risiko for å begå alvorlig kriminalitet. Bedre samarbeid vil være positivt for økt samfunnsvern.

Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

[Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study | BJPsych Open | Cambridge Core](#)

[Når lovgivning gir praksisendring | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#)

[A systematic review and meta-analysis of predictors and outcomes of community treatment orders in Australia and New Zealand - PubMed \(nih.gov\)](#)

[A systematic review of the effect of community treatment orders on service use - PubMed \(nih.gov\)](#)

[A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study | BJPsych Open | Cambridge Core](#)

["Life on hold": a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two norwegian counties - PubMed \(nih.gov\)](#)

["Care or control?": a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders - PubMed \(nih.gov\)](#)

['Responsible, but Still not a Real Treatment Partner': A Qualitative Study of the Experiences of Relatives of Patients on Outpatient Commitment Orders - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within-Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015-2018 - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Guidance and technical packages on community mental health services \(who.int\)](#)

Oppsummering:

- Vi opplever at pasientenes rettsikkerhet er blitt styrket etter innføringen av krav om fravær av samtykkekompetanse for å kunne fatte vedtak om tvang, men savner datagrunnlag
- Vår erfaring er at vurdering av samtykkekompetanse er lite komplisert i starten av et forløp, men mer sammensatt og kompliserte ved lengre behandlingsforløp
- Psykisk helsevernloven, inkludert kommentarene fra Helsedirektoratet, oppleves tilstrekkelig for at vi kan yte gode og nødvendige tjenester ovenfor våre pasienter. Vi ser samtidig at lovverket tolkes ulikt av tjenestene og kontrollorganer.
- Samstemming av lovfortolkning, opplæring og tilgang til veiledning er nødvendig for å fremme lik praksis uavhengig av hvor man bor
- Evalueringer av tiltak og lovendringer må basere seg på data av høy kvalitet kombinert med helsepersonell sine innspill. Vi foreslår å involvere forskningsmiljøer som TvangsForsk og FoU ved Ahus (Jorunn Rugkåsa). Også data fra andre aktører (f.eks. politi) bør være av høy kvalitet. Slike data og kildehenvisning bør gjøres tilgjengelig er også vi interessert i at gjøres tilgjengelig for oss.