



Norsk psykiatrisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

## **Innspill til Samtykkeutvalget (Mæland II - utvalget)**

Np̄f takker for muligheten til å komme med innspill til Samtykkeutvalget.

Innspillene fra Np̄f retter seg mot spørsmål om samtykke/samtykkekompetanse i situasjoner hvor det handler om helsehjelp i psykisk helsevern for psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser.

Np̄fs hovedbudskap er:

Den nye loven er en vesentlig endring fra gammel lov om psykisk helsevern og det er viktig at det jobbes med å gjøre den så enkelt anvendelig som mulig. Lik og riktig rettspraksis må sikres samtidig med at krav til dokumentasjon reduseres til det helt nødvendige.

Begrepet samtykkekompetanse må fylles med innhold og forståelse. Videre må dette innholdet og forståelsen løpende evalueres og diskuteres i årene som kommer, i tråd med erfaring og samfunnsutvikling. I dag er det slik at en person ikke kan legges inn frivillig dersom vedkommende ikke er samtykkekompetent.

Innføring av begrepet samtykkekompetanse i lovverket – så vel som fag- og samfunnsutviklingen ellers – tilsier at organisering, kompetanse, ansvarsforhold i helsetjenestene må ta hensyn til dette og justere seg der det er behov for det. Det vil kunne være behov for omorganisering, flytting av midler så vel som revisjon av faglig kompetanse og holdninger. Det må allokeres nødvendige midler til en slik jobb.

Målsettingen må være at vi sikrer at mennesker får nødvendig helsehjelp også om de mister grepet på virkeligheten, men samtidig må individuell frihet aldri krenkes.

**Under følger noen utdypende kommentarer:**

Norge har i dag et lovverk – psykisk helsevernloven – som tross sine begrensninger har tjent oss godt gjennom mange år, og som har vist seg anvendelig i daglig praksis. I 2017 ble begrepet *samtykkekompetanse* introdusert i psykisk helsevernloven. Dette begrepet foreslås nå å være det bærende begrepet i en meget omfattende og uoversiktlig lov som skal gjelde en rekke tilstander der samfunnet skal kunne gripe inn med tvang.

Helse- og sosiallover, som forslag til tvangsbegrensningslov og psykisk helsevernloven, er lover som i stor grad anvendes av ikke-jurister. Spesielt er det viktig å merke seg at til dels meget inngripende vedtak som gjelder enkeltmenneskers frihet og kroppslige integritet fattes uten at jurister er involvert før i en eventuell klagebehandling. En slik praksis stiller store krav til lovtekstens klarhet og «brukervennlighet». Forslaget til tvangsbegrensningslov er så omfattende og vidtfavnende at loven sannsynligvis vil være mye vanskeligere å anvende i det daglige for ikke-jurister, noe som i seg selv er en rettssikkerhetsutfordring.

Begrepet samtykkekompetanse er nytt, og etter vårt syn trengs det mer erfaring over tid med fenomenet samtykkekompetanse, før det legges til grunn som bærende vilkår i en meget omfattende ny lov. En evaluering må skje langt mer gjennomtenkt og strukturert enn det som til nå er gjort. Det vil være nødvendig å gjennomføre datainnsamling også av sensitive data, og det kreves erfaring med bruken av begrepet over tid.

Samtykkekompetanse har vært et kontroversielt begrep siden det ble innført. På den ene siden er det viktig med autonomi, på den andre siden er det svært uheldig i de tilfellene der autonomien frarøver pasienter tilgang til best mulig behandling. Spesielt gjelder det de pasienter som blir friske av behandling, som gjenvinner sin samtykkekompetanse, men ikke sin innsikt, og som skrives ut fra tvunget vern. Behandlingen avsluttes før tilstrekkelig bedringer er oppnådd, og risikoen for tilbakefall er stor. Slike «svingdørsforløp» er ikke faglig gunstig, og anses forbundet med dårlig prognose.

Fagmiljøene, både de kliniske og de juridiske, har likevel i løpet av de fem årene samtykkekompetansebegrepet har vært tilleggs-kriterium, utviklet en felles forståelse

av hvordan begrepet skal tolkes. Det er positivt at det foreligger bred rettspraksis om begrepet, også fra Høyesterett, som nok tolker samtykkekompetanse mer i tråd med de kliniske miljøenes oppfatning, enn den strammere tolkning som en kunne få inntrykk av fra forarbeidene.

Samtykkekompetanse er et klinisk, men enda mer et juridisk begrep. Det er etter Npfs syn uansett viktig at hvis begrepet samtykkekompetanse skal videreføres, så må opplæring av klinikere og standardisering prioriteres. Samtykkebegrepet må tolkes og anvendes likt, og i tråd med rettspraksis. Npf har gjennom erfarne klinikerer, rettspsykiaterer og fagkyndige meddommere i utskrivningssaker inntrykk av at det er stor variasjon i kvaliteten på samtykkekompetansevurderinger. Det gjøres både falske positive og falske negative vurderinger. Konsekvensene av begge deler kan i verste fall være meget store, sågar fatale. Særlig sårbart synes det å være at legevaktsleger, som vurderer pasienter for innleggelse i psykisk helsevern, kan være uerfarne når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse. Klinikere som skal gjøre disse kompliserte vurderingene burde ikke måtte forholde seg til et mer omfattende lovverk enn nødvendig.

Slik Npf ser det bør samtykkekompetansebegrepet evalueres vitenskapelig. Inntil en slik evaluering har skjedd bør Psykisk helsevernloven videreføres i sin nåværende form. Det bør også vurderes nøye om en altomfattende tvangsbegrensningslov er hensiktsmessig, eller om videreføring av separate lover for hvert enkelt område likevel er bedre.

Det er viktig at samtykkeutvalget minnes om/gjøres oppmerksom på spennet mellom faglig og allmenn for-forståelse når man vurderer samtykkekompetanse til helsehjelp ved psykiske og rusrelaterte lidelser.

- **Samtykkekompetanse og retten til å gjøre ukloke valg**

Det er vanlig at mennesker viser irrasjonelle, inkonsistente og urimelige sider, uten at det har noe med psykiske eller rusrelaterte lidelser å gjøre. Det er ingen lov som forbyr å gjøre ukloke valg, og kognitiv innsikt i hva som er kloke valg, er ingen garanti for at innsikten etterleveres i praksis. Dette tilsier at det må skilles mellom samtykkekompetanse og gjennomføringsvilje/ gjennomføringsevne.

- **Samtykkekompetanse og frivillig psykisk helsevern**

Samtykkeutvalget bør drøfte og gi føringer for hvilket ansvar helsepersonell har for pasienter som er vurdert samtykkekompetente og tatt imot til frivillig psykisk helsevern, og hvilket ansvar pasientene har selv, både i forhold til skadeverk og vold, og i forhold til selvskading, suicid og annen selvdestruktiv adferd.

- **Samtykkekompetanse og tvungent psykisk helsevern**

Hovedinntrykket er at kravet om vurdering av samtykkekompetanse ikke har endret så mye. En bekymring er om terskelen for å vurder farekriteriet som oppfylt i praksis kan ha blitt lavere etter at pasienter som gjenvinner samtykkekompetanse under tvungen behandling nå kan nekte fortsatt å motta denne behandlingen.

Samtykkeutvalget bør ta initiativ til at denne bekymringen utredes empirisk. Det kliniske inntrykket er at det er produksjonspress, mangel på institusjonsplasser og mangel på egnede, kommunale boliger, ikke samtykkespørsmålet, som gjør at det kan være vanskelig å få lagt inn pasienter som trenger institusjonsplass.

- **Generelle kommentarer**

Når psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser ofte omtales som *sykdommer*, og symptomdiagnoser for psykiske og rusrelaterte lidelser oppfattet som sykdomsdiagnoser i somatisk-nosologisk forstand, kan det føre til en uheldige feilforståelse og uheldige forestillinger om hva psykiske og rusrelaterte lidelser er, og derigjennom forventninger til hva behandlingssamarbeid ved disse lidelsene innebærer og forutsetter av egeninnsats, betydningen av kontekstuelle forhold, egne mestringsressurser, og forholdet mellom å forstå, akseptere og mestre at man er den man er vs. forsøk på å forandre seg.

Bruk av begrepene *sykdomsforståelse* og *sykdomsinnsikt* i vurdering av samtykkekompetanse ved psykiske og rusrelaterte lidelser passer i liten grad.

I vurdering av samtykkekompetanse må helsepersonell likevel legge til grunn det man må anta som adekvat, allmenn forståelse av egen totalsituasjon og betydningen av psykiske og/eller rusrelaterte livs- og helseutfordringer i denne totalsituasjonen, uten å gå inn på forskjellen på nosologiske sykdomsdiagnoser og deskriptive symptomdiagnoser.

Hamar, 15.12.2022

Lars Lien