

Helsedirektoratet
Postboks 222 Skøyen
0213 Oslo

Dato: 15.12.22

Att. samtykkeutvalget@helsedir.no

Tilsvar til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Innspill angående vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernlov

Vi viser til deres brev av 19.10.22 hvor dere ønsker innspill på innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven i 2017. Av dette fremkommer blant annet *Etter at loven trådte i kraft, har det kommet tilbakemeldinger om at samtykkevilkåret kan ha hatt negative konsekvenser for pasientene, pårørende og samfunnet ellers, og videre at Evalueringen skal bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester og som kan forhindre feil bruk av tvang. Arbeidet skal også vektlegge pårørendes behov og ivaretagelsen av samfunnets sikkerhet.* I tilknytning til dette bes følgende spørsmål besvart:

- *Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget*
- *Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten*
- *Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret*
- *Utfordringer knyttet til samfunnsvern*
- *Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet*

Tvangsforsk vil gi et samlet tilsvar knyttet til problemstillingene som fremkommer i Helsedirektoratets brev.

Rettslige utgangspunkter

Utgangspunktet for all helsehjelp er frivillighet, det vil si samtykke fra pasienten til å inngå i behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-1 og psykisk helsevernloven (phvl.) § 2-1. I tillegg til reglene i norsk lov er Norge forpliktet gjennom internasjonale menneskerettigheter. Både FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne og

FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter tar sikte på å styrke fokuset på individers selvbestemmelse.

Samtykkekompetanse er et uklart begrep

Under særlige vilkår kan behandling innen psykisk helsevern skje under tvang, altså mot pasientens vilje, jf. phvl. kapittel 3. Et sentralt vilkår for bruk av tvang er manglende samtykkekompetanse. Det vil si at pasienten mangler evnen til å samtykke om hen vil la seg behandle eller ikke. Begrepet samtykkekompetanse refererer med andre ord til individets kognitive og reelle kompetanse til å selv velge og samtykke til å motta helsehjelp. For vurderingen av samtykkekompetanse anbefaler Helsedirektoratet (om enn ikke utelukkende) FARV-metodikken. I denne ligger at den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten har en midlertidig eller varig svekkelse av evnen til å

- 1) Forstå informasjon som er relevant for beslutning om helsehjelp
- 2) Anerkjenne informasjon relativt til sin egen situasjon
- 3) Resonnere relevant informasjon i en egen beslutningsprosess
- 4) uttrykke et Valg om helsehjelp¹.

Det er imidlertid ikke entydig klart hva de ulike FAVR-elementene konkret innebærer, hverken juridisk eller psykologisk, og hvordan disse, samlet eller hver for seg, kvantitativt eller kvalitativt, må være svekket for at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan ansees oppfylt. Det er også usikkert hvorvidt den anbefalte FARV-metodikken korresponderer med etablert kunnskap innen kognitiv psykologi/beslutningspsykologi. Utover dette er det et svært begrenset tilfang av reliable og valide verktøy til bruk i beslutningsstøtte ved vurdering av samtykkekompetanse. I denne sammenheng nevnes at for eksempel *Aid To Capacity Evaluation*, som er oversatt til norsk av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo², baserer seg på et lite antall studier, og det foreligger ingen dokumentasjon for dets måleegenskaper i en skandinavisk kontekst. Det anføres også at vi ikke vet hvordan samtykkekompetanse-begrepet forstås og administreres av primærleger, vedtaksansvarlige og helsepersonell generelt.

¹ Helsedirektoratet (2022): <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse> (hentet 29.11.22).

² Universitetet i Oslo (2011): <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/ace2012.pdf> (hentet 29.11.22).

Ingen dokumenterbar effekt på tvangsbruk og forekomst av vold etter lovendringen

Etter lovendringen i 2017 har det ikke vært noen vesentlig endring i tallene for innleggelse på tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold – om noe er det en svak økning i tvangsbruken. Tallene gir altså ingen holdepunkter for at kravet om sviktende samtykkekompetanse i vesentlig grad har medført at terskelen for tvangsinnleggelse er høyere etter 2017. Dette er også i tråd med internasjonale erfaringer, som viser at forskjeller i lovverk i seg selv har begrenset betydning for bruken av tvang innen psykisk helsevern³.

Antallet drap har ikke økt siden 2017, og vi har ingen pålitelige tall som viser økt voldsutøvelse fra personer med psykiske lidelser. Tallene gir altså ingen støtte for en påstand om at manglende samtykke har hatt negative konsekvenser for samfunnsvernet. Basert på kunnskapen vi har om sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og vold er dette ikke overraskende; kun en mindre andel av alvorlige voldshendelser og drap blir begått av alvorlig psykiske syke, og andelen synes i liten grad å være påvirket av lovverk.

Revisjon av lovverket gir bedre samfunnsvern?

Forekomst av vold/voldskriminalitet har sammensatte årsaker. Blant disse kan ikke forekomst av psykisk lidelse utelukkes, men her synes for eksempel rusproblematikk å spille en vesentlig større rolle enn andre former for psykisk lidelse. Rusproblematikk berøres imidlertid ikke av samtykkekompetanse-begrepet, og det er generelt vanskelig å se hvordan samtykkekompetanse kan være en virkningsfull faktor i arbeidet med å verne samfunnets borgere mot voldskriminalitet. Om man ønsker å se psykisk helseverns rolle i samfunnsvernet fremstår blant annet sengekapasitet, behandlingskvalitet, utdanning/opplæring som mer sannsynlige bidragsfaktorer enn samtykkekompetanse.

Som man roper i skogen får man svar

Helsedirektoratet ber om svar på en rekke spørsmål, men den valgte metode, basert på subjektive responser på komplekse spørsmål, gir neppe grunnlag for annet enn antagelser, i verste fall feilaktige antagelser. Dette kan ikke sies å være holdbar metodikk for en

³ Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*, 6(5), 403–417: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2) (hentet 09.12.22).

problemstilling som kan ha direkte betydning for individers rettsikkerhet. I korthet kan man si at det etterspurte kunnskapsgrunnlaget er særdeles svakt; vi har svært begrensede data for hvordan samtykkekompetanse forstås og administreres, og hvilke konsekvenser dette eventuelt har for pasientene, pårørende, helsevesenet og samfunnsvernet.

Våre anbefalinger

Før man igangsetter revisjoner av lovverket bør Helsedirektoratet gjøre en kartlegging av de ulike aspektene ved samtykkekompetanse-begrepet. Et naturlig startpunkt kan være å undersøke primærlegenes forståelse av samtykke-begrepet og hvordan dette influerer på klinisk praksis og tvungen behandling. En slik undersøkelse kan gjøres i et representativt utvalg av primærleger og formatet kan være elektroniske spørreskjema. Dette kan eventuelt suppleres med kvalitativ metodikk hvor man gjør intervjuer i fokusgrupper. En tilsvarende undersøkelse kan gjøres i et representativt utvalg av vedtaksansvarlige psykolog- og legespesialister. Samtykkebegrepets validitet, vurdert opp mot kunnskapsstatus innen kognitiv psykologi, bør også utredes for en eventuell revisjon av retningslinjer og hjelpemidler. Tvangsforsk vil kunne bestå dette arbeidet om Helsedirektoratet ønsker det.

Med hilsen

Erlend Bugge
Leder, TvangsForsk

Marianne Silsand
Jurist, TvangsForsk