

Helsedirektoratet HDIR
PB 220, Skøyen
0213 OSLO

Vår ref:
18/21620-6
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref:

Saksbeh.:
Ewa Ness

Dato:
01.12.2022

Invitasjon til innspill til ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Høringsuttalelse fra Psykiatrisk legevakt ved Oslo universitetssykehus

Vi takker for invitasjon fra Ekspertutvalget om samtykkekompetanse i forbindelse med vurdering av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven.

Om Psykiatrisk legevakt

Psykiatrisk legevakt i Oslo er en spesialisthelsetjeneste i Oslo Universitetssykehus, samlokalisert med Oslo kommunale legevakt. Vi er en lavterskeltjeneste uten krav om henvisning, og tilbyr vurdering og behandling ved akutte psykiske lidelser og kriser på kveldstid og i helger. Vi samarbeider med øvrige instanser ved legevakten, og mottar pasienter fra fastleger, ambulanse, sosialambulant akutteam, politiet og arresten, samt pasienter som oppsøker legevakten på eget initiativ. Vi har også kontakt med sykehusene i og utenfor Oslo som tar imot pasienter til innleggelse. De ansatte er fra alle de psykiatriske sykehusene i Oslo, både akutt- og langtidsavdelinger, innen sikkerhetspsykiatri, rusbehandling, DPS mm, fordi denne tjenesten er en vaktteneste. De fleste av oss forholder oss til Lov om psykisk helsevern både i dagjobben og på legevakt. I 2021 hadde vi 2021 konsultasjoner og 309 innleggelser.

Noen innledende, overordnede betraktninger

Hovedregelen i norsk helserett er at behandling, psykiatrisk og somatisk, er frivillig. Dette er et bærende element i vår praksis. Vi spør alltid om pasienter ønsker vurdering og behandling, spesielt når det er uklart om kontakten initieres via andre enn pasienten selv. Vi vektlegger grundig drøftelse med kolleger, for hver enkelt pasientsak, både den kliniske og juridiske vurderingen av pasientens tilstand og behandlingsbehov. Vi mener dette er sentralt for å sikre en enhetlig praktisering av lovverket.

Vår dato
01.12.2022

Vår referanse
18/21620-6

Lovverket skal beskytte personer fra urettmessig bruk av tvang. Jo større adgang det er til å bruke tvang, jo større er faren for maktmisbruk. Vi ser på innføringen av samtykkekompetanse som et krav som representerer en viktig dreining av tjenesten mot mindre paternalisme og økt ansvarliggjøring av pasientene. Dette er en ønsket utvikling. Etter vår mening var lovendringen i 2017 også nødvendig for å sikre at norske lover er i tråd med menneskerettighetene. Vi mener derfor at lovendringen ikke bør reverseres.

Det kan ligge et betydelig potensial i kompetansehevende tiltak i tjenesten. Vi anbefaler økt fokus på helsepersonells holdninger og refleksjon knyttet til egen praksis, inkludert tilstrekkelig bevisstgjøring av hva det innebærer å være delegert ansvaret som forvaltere av lovverket. Vi mener at det foreligger et potensial for redusert tvangsbruk gjennom korrekt lovanvendelse. Vår opplevelse er at det tidvis hoppes bukk over hovedkriteriet, altså hvorvidt pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og at man går direkte til diskusjon om tilleggskriteriene. Dette problemet har økt med innføringen av kravet om samtykkekompetanse. Vi opplever også at det offentlige ordskiftet bærer preg av for liten bevissthet om at tvang kun er aktuelt der hovedkriteriet er til stede. Vi er også kjent med at enkelte helsepersonell først beslutter hva de mener pasienten trenger, for deretter å vurdere vilkårene i henhold til Lov om psykisk helsevern §§ 3-2/3-3 i tråd med dette. Vi er usikre på om lovendringer reelt sett har medført den ønskede reduksjonen i tvangsbruk. Vi mener derfor det er særlig viktig at tvangsvedtak alltid diskuteres grundig med flere spesialister, for å sikre enhetlig praksis og unngå at lovverket tøyes.

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

For Psykiatrisk legevakt har lovendringen medført få endringer i klinisk praksis. Allerede før lovendringen i 2017 ble det gjort en implisitt vurdering av samtykkekompetanse, da frivillighet skulle forsøkes eller være åpenbart formålsløst.

Vi mener at vurdering av samtykkekompetanse ikke er veldig komplisert, men at forsøk på presiseringer av hva samtykkekompetanse innebærer, kan gjøre vurderingene vanskeligere. Vi mener at vilkåret om samtykkekompetanse slik det står i Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 er relativt greit å forholde seg til:

“Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.”

Ifølge denne definisjonen skal bortfall av samtykkekompetansen være åpenbart for den som vurderer. Vi er sjelden i tvil.



Vår dato
01.12.2022

Vår referanse
18/21620-6

Vi erfarer imidlertid at vurdering av samtykkekompetanse i praksis etter 2017 har blitt en annen enn slik dette er definert i Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3.

I rundskrivⁱ og innlegg i Tidsskriftet for den norske legeforeningⁱⁱ har Helsedirektoratet forsøkt å presisere hvordan samtykkekompetanse skal vurderes. Etter vår mening har dette dessverre ført til større forvirring, og redusert pasientenes rettssikkerhet. I presiseringen har Helsedirektoratet skrevet at samtykkekompetanse skal vurderes i forhold til om pasienten innehar:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et valg

Vi opplever at det er stor avstand mellom definisjonen i Pasient- og brukerrettighetsloven og kravene som stilles ved vurdering av disse fire kriteriene.

Selv om disse punktene kun er ment som veiledende, mener vi de reelt sett reduserer pasientens rettssikkerhet. Eksempelvis er det mange pasienter som ikke anser seg som syke, og ikke ønsker å høre på informasjon fra helsepersonell. De kan ha erfaring med at de mistrives på psykiatrisk avdeling, de synes medisiner er ubehagelig å ta, og de ønsker heller et liv i frihet med problemene det medfører, enn å bli innlagt. Slike pasienter har kanskje begrenset innsikt i egen situasjon, men samtidig vet de godt hva helsehjelpen innebærer ut fra egen erfaring. Ut fra lovteksten i Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 vil denne personen inneha samtykkekompetanse, men ut fra kriteriene til Helsedirektoratet, mest sannsynlig ikke. Resultatet av dette blir ulike vurderinger blant de faglig ansvarlige. Det er uheldig.

Det er ingen statistikk som tyder på at tvangsbruk i psykisk helsevern har gått ned etter lovendringen. Antall tvangsinnleggelse på landsbasis har økt med ca. 1000 i perioden 2017-2021. Etter lovendringen i 2017 så vi en nedgang i bruk av tvang uten døgnopphold. Dette var forventet, og i tråd med intensjonen med lovendringen. Denne endringen har blitt reversert i 2020, slik at vi nå er tilbake på tidligere nivåer av tvang uten døgnopphold. Denne manglende nedgang i bruk av tvang uten døgnopphold kan muligens skyldes at helsepersonell tilpasser den juridiske begrunnelsen til konklusjonen man allerede har kommet til.



Vår dato
01.12.2022

Vår referanse
18/21620-6

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

Vi registrerer at Helsedirektoratet har tolket lovteksten dithen at pasienter som ikke har samtykkekompetanse, ikke kan motta frivillig behandling. Dette er etter vår mening uheldig, og kan som nevnt over ha ført til økt bruk av tvang, også overfor pasienter som ikke motsetter seg behandlingen. Vi tror ikke dette var lovgivers intensjon. I mange tilfeller vil en pasient anerkjenne å ha det svært vanskelig og ønske hjelp, uten å forstå hvorfor. Dette gjelder både i somatikken og innen psykisk helse. Det er vårt inntrykk at man i somatikken i større grad opererer med et implisitt samtykke, mens innen psykisk helse må pasienten eksplisitt samtykke for å kunne motta behandling. Vi mener at pasienter som ikke motsetter seg helsehjelp må kunne tilbys frivillig behandling, slik som i somatikken.

Intensjonen med lovendringen var også å gi økte rettigheter til pårørende, men vi er usikre på om det har skjedd i praksis. Det er vår erfaring at hensynet til taushetsplikten ofte får forrang, også i tilfeller der loven sier at pårørende har rett på informasjon. Vi mener det er behov for å øke kunnskapen hos helsepersonell om pårørendes rettigheter.

For helsetjenesten har innføringen av vurdering av samtykkekompetanse medført økt tidsbruk til dokumentasjon. Vi tror at vurderingene har blitt unødvendig kompliserte.

Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Vår erfaring er at de fleste pasienter kan behandles frivillig, også de med kroniske og alvorlige psykiske lidelser, men at det forutsetter at systemet tilpasser seg pasienten, og ikke omvendt. De fleste med psykiske lidelser vil ha et subjektivt ubehag, streve med ensomhet, eller ha ønske om bolig eller bistand med økonomi. Samtidig kan de være plaget med mistenksomhet og være skeptiske til å ta medisiner. En forutsetning for å komme i posisjon for å hjelpe er å bygge tjenester som er tilpasset pasientenes behov, eksempelvis FACT-team. Fleksibel, pasientorientert oppfølging er nødvendig for å bygge behandlingsallianse.

Målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse var at pasienten skal ta størst mulig ansvar for sitt eget liv. Studier kan også tyde på at når tvangen oppheves finner pasient og hjelpeapparatet sammen løsninger for samarbeid, hvor pasientene selv i større grad kan ta ansvar for sitt eget liv
iii ..

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Samfunnsvernet er sentralt i arbeidet ved Psykiatrisk legevakt. Vi gjør voldsrisiko-vurdering av alle pasienter der det er aktuelt. Dersom pasienten er til fare for andres liv eller helse kan man tvangsinnlegge pasienter selv om de er samtykkekompetente, selvsagt gitt at hovedkriteriet er til



Vår dato
01.12.2022

Vår referanse
18/21620-6

stede. Dersom pasienten har høy voldsrisiko, benytter vi farekriteriet, og vi har ikke endret praksis eller opplevd økte vansker med å ivareta samfunnsvernet som følge av lovendringen.

Vi registrerer at utvalget ble satt ned kort tid etter «Kongsberg-saken», hvor en person med alvorlig sinnslidelse begikk flere drap. Vi synes det er underlig at debatten etter disse drapene i så stor grad ble fokusert på lovendringen i 2017, en endring som ikke var ment å redusere samfunnsvernet. Ser vi på antallet drap i Norge per år er dette stabilt på et lavt antall rundt 30^{iv}. Endringene i psykisk helsevernloven i 2017 ser ikke ut til å ha ført til en økning i antall drap.

Uavhengig av lovverket forutsetter ivaretagelse av samfunnsvernet at tjenestene har nok ressurser og tilstrekkelig kompetanse. Vi mener fokus på dette er viktigere for å ivareta samfunnsvernet enn et ensidig fokus på innføringen av samtykkekompetanse.

Oppsummering

- Psykiatrisk legevakt merker lite til endringen av lovverket i 2017
- Vurdering av samtykkekompetanse bør primært være en helhetlig klinisk vurdering uten rutinemessig bruk av verktøy
- Psykisk helsevern bør praktisere samtykkekompetanse på samme måte som innen somatikk, med implisitt samtykke
- Vurderingene av samtykkekompetanse og bruk av tvang bør drøftes i team med flere spesialister, for å øke kvaliteten på vurderingene og for å redusere uønsket variasjon mellom ulike behandlere og institusjoner
- Hovedkriteriet for bruk av tvang er alvorlig sinnslidelse. Vi ønsker et økt fokus på dette, både i helsetjenesten og i den faglige debatten om bruk av tvang.

Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Studier gjort rundt bruk av tvang uten døgnopphold av Jorun Rugkåsa, «Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial» (OCTET), hvor man har undersøkt effekt av tvang uten døgnopphold. Der har man ikke funnet effekt av tvang uten døgnopphold.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-017-1442-5>

The Macarthur Treatment Competence Study I-III: «Mental illness and competence to consent to treatment.» *Law and Human Behavior*, 19(2), 105-126. <https://doi.org/10.1007/BF01499321>

Dette er studiene hvor man undersøker de fire kriteriene for tvang, og beskriver bakgrunnen for



Vår dato
01.12.2022

Vår referanse
18/21620-6

bruken av disse kriteriene. Nyttig for redegjørelse om samtykkekompetanse. Spesielt legger vi merke til at gullstandarden for samtykkekompetanse her er om de allerede er på tvang eller ikke, og altså ikke hvorvidt de oppfyller de fire kriteriene.

Vi har hentet data fra tvangsforsk.no om bruk av tvang i Norge i dag.

Vi anbefaler også vår årsmelding som viser statistikk for Psykiatrisk legevakt. Vi ser en flat utvikling i antall innleggelser siste ti år, og gradvis redusert antall konsultasjoner. Antallet som kom med politi var fallende fra 2005 til 2014, men økende fra 2014 til 2019, før antallet har gått noe tilbake siste to årene, trolig på grunn av pandemien.

Med vennlig hilsen

Erlend Strand Gardsjord, spesialist i psykiatri, PhD
Erling Hillestad, spesialist i psykiatri
Erik Brenna, psykologspesialist
Ole Steen, spesialist i psykiatri

Ewa Ness, spesialist i psykiatri
Leder av psykiatrisk legevakt

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur

ⁱ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>, §2-1

ⁱⁱ <https://tidsskriftet.no/2019/02/debatt/psykotiske-pasienter-har-rett-til-behandling-frivillig-og-under-tvungent-psykisk>

ⁱⁱⁱ Wergeland, N.C., Fause, Å., Weber, A.K. *et al.* Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order. *BMC Health Serv Res* **22**, 454 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07892-9>

^{iv} ; <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/nasjonaldrapoversikt-2021.pdf>

