

Innspill til utvalget

Jeg jobber som sykehjemslege i Sandefjord kommune, og samtidig som psykiater ved sykehuset i Vestfold.

Jeg ser som den største utfordringen at selve begrepet samtykkekompetanse ikke er spesifikt. Det avhenger av forståelse og kunnskap hos både den som vurderer, og den som vurderes.

Den senere tid har FARV-kriteriene blitt kritisert, og temaet har blitt ytterligere problematisert.

Begrepets lave spesifisitet gjør at jeg kan skrive avgjørelser om samtykkekompetanse med forskjellige konklusjoner hos samme pasient, avhengig av hvor jeg legger terskelen for hva man må kunne anerkjenne, og kvaliteten på et resonnement.

Å gjøre en samtykkekompetansevurdering er en vanskelig oppgave.

I min kommunale jobb ser jeg nå at vurdering av samtykkekompetanse er en jobb for sykepleiere og helsefagarbeidere, at det står øverst på bestillingslisten fra tjenestekontoret, og kommer foran det å vurdere behovet for helsehjelp, håndtering av tilstanden mv. Dette handler om alle pasienter.

Disse vurderingene gjøres som generelle vurderinger for alle forhold. De er ikke knyttet til tilstanden. Vurderingene er av den grunn korte, med lav kvalitet, og konklusjonen er tilfeldig.

Jeg støtter psykologforeningen i konklusjonen at det kan være feil å foreta evaluering av bruken av begrepet i psykisk helsevern nå.

Siden begrepet brukes problematisk på en lang rekke områder, er det begrepets hensiktsmessighet som må evalueres.

Helsepersonellet jobber ofte med begrensede ressurser. Å erklære noen kompetent, eller vri vurderingen til det, kan føre til at man slipper å ta imot en pasient som helst vil hjem. Å falle ned på at noen mangler samtykkekompetanse, gir et krav om å nedtegne noe skriftlig, hvilket tenderer til at man velger motsatt konklusjon. I det hele tatt er det stor risiko for at man ender opp uten å få sin nødvendige helsehjelp knytta til problemer med begrepet i seg selv og anvendelsen av det hos andre. Det bør være forhold ved en selv som avgjør saken.

Begrepet samtykkekompetanse endrer innholdet i begrepet «tvang» fra å utføre en handling noen er imot, til å utføre en handling noen kognitivt ikke kan erkjenne. Jeg bestrider at det siste er «tvang».

Dette isolerte fokuset på det kognitive illustreres i Helsedirektoratets innspill, hvor de fortsatt prosederer for at den som er frivillig innlagt og ønsker det, men ikke skjønner grunnlaget for det, skal ha et vedtak om tvunget psykisk helsevern.

Det er andre aspekter enn de rent kognitive som kan kalles «kompetanse». Det å skjønne at noe er i veien og søke mot personer man har tillit til har relasjonelle og følelsesmessige komponenter i seg. Det er i høyeste grad kompetanse, og inndras i kritikken mot FARV-kriteriene som i hovedsak handler om kognitive aspekter.

Det er nettopp dette som gjør Helsedirektoratets fortsatte syn noe snevert.

I alle disse sakene som handler om å gripe inn i andres liv er det helhetsvurderingen som er den vanskeligste øvelsen for meg. Det er der alle aspektene veies mot hverandre.

Ute i verden hvor helsetjenesten ytes vil dere ikke tro hvor mye usikkerhet det er om tema, hvor vanskelig det er å håndtere, og skummelt blir det når det «å frata noen samtykkekompetansen» gjør at helsepersonell kan mene det da i seg selv er hjemmel for å gripe inn på en lang rekke områder. Motsatt fungerer å erklære noen samtykkekompetent som en mulighet for ansvarsfraskrivelse.

Jeg kan forstå at det for jurister vil være ønskelig å kunne oppstille kriterier i helsehjelpen som er mest mulig objektive, og redusere rommet for skjønn. Skjønnrommet har i mange år gitt fagpersoner som meg mye å si, og i mange tilfeller har det vært brukt feil. Det er dessverre slik at begrepet samtykkekompetanse ikke er stort mer objektivt enn de regler begrepet skal erstatte. I det man erkjenner dette, kan det oppstå positive effekter i helsetjenesten som helhet.

Med hilsen
Egil Solberg