

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Att.Ane Marthe Heggekroken

Deres ref.: Vår ref.:
2021/968 - 1185/2023

Saksbehandler:
Ola Jøsendal

Dato:
01.02.2023

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse - innspill fra Helse Vest

Helse Vest takker for anledningen til å gi innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse. De lokale foretakene er forespurte om å gi innspill, to av foretakenes innspill er vedlagt. Helse Vest vil innledningsvis peke på at innføringen av det nye vilkåret kom samtidig med et politisk ønske om redusert bruk av tvangsbehandling. Det kan ha ført til at terskelen for å gjennomføre tvangstiltak kan ha blitt for høy. I tillegg hevder fagmiljøene at en godt fungerende allmennpsykiatri vil forebygge bruken av tvang. Innspillene skal omhandle erfaringer og praktisering av nytt lovverk, der samtykkekompetanse inngår som ett av flere kriterier. Fagpersoner i Helse Vest peker på at samtykkekompetanse ikke er et entydig begrep, en dichotomi. Samtykkekompetanse kan like gjerne sees på som en skala, der pasienten i stor grad eller i mindre grad er samtykkekompetent. Pasienten kan for eksempel være ganske klar for å delta i samtaler, mens det ikke vil være aktuelt å samtykke til bruk av medisiner. Det blir foreslått å vurdere annen terminologi, for eksempel beslutningskompetanse.

Utvalget stilte direkte spørsmål i invitasjonen, under overskriften **‘Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget’**. Helse Vest gir et kort resymé av innspillene fra fagmiljøene.

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

Tilbakemeldingen fra fagmiljøene er at lovendringen fra 2017, som legger til samtykkekompetanse som vilkår for vurdering av bruk av tvang, er et steg i riktig retning. Det er en overgang fra diagnose- og gruppebasert tilnærming, til individuell vurdering av hva pasienten selv er i stand til å foreta av valg når det gjelder egen helse. Samtidig peker fagmiljøene på at vurdering av samtykkekompetanse kan være tidkrevende og faglig utfordrende. Vurdering av samtykkekompetanse innebærer en betydelig bruk av skjønn, noe som fører til uønsket variasjon. Det drøftes også at pasienter som er blitt innlagt på tvangsparagraf, etter kort tid med behandling, kan gjenvinne sin samtykkekompetanse og foreta valg som fagmiljøet mener er til skade for pasientens helse. Dette kan føre til for tidlig behandlingsslutt, eskalering av sykdom,

og ny innleggelse i en forverret tilstand. Det stilles spørsmålstegn ved om det er en netto helsegevinst for pasientpopulasjonen ved å innføre et slikt vilkår. Helse Vest mener at lovverket bør justeres, slik at det blir lettere adgang til å gi frivillig behandling til pasienter som samtykker, men som ikke vurderes å være samtykkekompetente.

- **Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret**

Fagmiljøene nevner fire områder hvor det synes å være et potensiale for å ivareta god pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret:

Det er et rom for forhandlinger med pasienten, som med fordel kan utforskes bedre. En forhandlingsløsning der pasienten kan få gjennomslag for enkelte av sine egne vurderinger kan skape rom for samtykke.

Man kan også se på eventuelle tidligere episoder, hvilke tiltak som ble satt inn, og hvilke følger tiltakene fikk.

Et samordnet og planlagt løsningsforslag mellom primær- og spesialisthelsetjenestene kan også tenkes å skape en trygghet for et behandlingstilbud uten bruk av tvang.

Pasienter kan gjøre valg som helsepersonell mener er uheldige, samtidig som pasienten er samtykkekompetent. Dersom slike uheldige valg ikke går ut over liv og helse kan kanskje en respekt for pasientens eget valg på ett punkt, skape rom for at pasienten aksepterer andre løsninger på andre punkt

- **Utfordringer knyttet til samfunnsvern**

Samfunnsvernet ivaretas gjennom unntak fra vilkåret om samtykkekompetanse: ‘.. gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse’. Fagmiljøene peker på at farekriteriet er uavhengig av samtykkekompetanse, og at selv om farekriteriet ikke blir vurdert som relevant under innleggelse i døgninstitusjon, kan farekriteriet allikevel komme til anvendelse om pasienten utskrives og ikke lenger har begrensninger på sin atferd. Farekriteriet kan likevel være vanskelig og tidkrevende å vurdere og avhenger ofte av tilleggsopplysninger og flere mediesaker tyder på at bruk av dette kriteriet alene ikke virker å ivareta samfunnsvernet.

- **Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for arbeidet**

Registerdatat viser at det i Helse Førde var jevn nedgang i bruk av tvang fra 2013 til 2017. Nedgangen stoppet opp i 2017, og har vært stabil siden.

Det er allerede innsendt synspunkter fra pasient- og pårørendeorganisasjoner, Helse Vest mener at det er viktige innspill.

KRIPOS-rapporten [«Vold begått av personar med alvorlige psykiske lidelser»](#), november 2022 om samtykkekompetanse og samfunnsvern tyder på at samfunnsvernet ikkje er godt nok ivaretatt.

Med vennlig hilsen

Bjørn Egil Vikse
Fagdirektør

Ola Jøsendal
Ass fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptatt av at informasjon, også taushetsbelagt, skal kunne sendes på en rask og sikker måte. Vi ber derfor om at et eventuelt svar på denne henvendelsen sendes gjennom en av disse kanalene:

- Privatpersoner og private virksomheter: [eDialog](#)
- Offentlige virksomheter: eFormidling (via eget sak-/arkivsystem)

Vedlegg:

- 1 Innspill ekspertutvalget samtykkekompetanse (SH 16.01.23)
- 2 Innspel - ekspertutval - samtykke og tvang - Helse Førde HF

HELSE VEST RHF
Postboks 303
4068 STAVANGER

Dykkar ref.:	Vår ref.:	Sakshandsamar:	Dato:
	2022/7418 - 2446/2023	Børge Tvedt	19.01.2023

Førespurnad om innspel - ekspertutval - samtykke og tvang

Bakgrunn

«Ekspertutvalget om samtykkekompetanse ønsker å få innspill fra ulike aktører som er berørt av innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven i 2017. Utvalget inviterer derfor Helse Vest RHF til å komme med et skriftlig innspill til utvalgets arbeid».

Vi har utarbeidd våre innspel på bakgrunn av uttale frå ei gruppe spesialister på tvers av DPS og sjukehusfunksjon i klinikken.

Spørsmåla utvalet ynskjer innspel til, var:

«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

Prinsipielt og klinisk er det viktig at vilkåret om samtykkekompetanse er kome inn i lova. Det er eit vilkår som burde vore inkludert for lenge sidan. For pasientane inneber dette ei overgang frå diskriminering på grunn av gruppetilhøyr ('schizofren') til likeverdige behandling ut frå konkrete, individuelle vurderingar av om personen sjølv kan ta stilling til saker som gjeld vedkomande sjølve. Det finst neppe alternativ til dette som er etisk haldbare eller let seg sameine med menneskerettane.

Samstundes så er det eit vanskeleg og tidkrevjande vilkår å vurdere, noko som kan føre til at det blir ulik praksis internt og mellom helseføretak. Å vurdere samtykkekompetansen kan vere vanskelege, skjønsmessige vurderingar – noko som ein også kan gjere seg gjeldande ved andre vilkår i lova. Drøftingar med kollegaer kan medføre ei samstemming i korleis ein vurderer samtykkekompetansen til pasienten.

Å vurdere vilkåret om samtykkekompetanse gjev ulike kliniske utfordringar avhengig av kvar ein er i «behandlingsrekka». Pasientar som kjem til akuttinnlegging kan ha ein klinisk status der ein vurderer dei til å vere samtykkekompetente og at vilkåra for tvungen psykisk helsevern ikkje kan bli etablert. Pasientane risikerer å bli sjukare før ein lovmessig kan gripe inn å gje naudsynt hjelp i akuttfasen. Dette er ei belastning både for pasienten sjølv, men også for pårørande og helsetenesta generelt. Pasientar som har blitt sjukare, kan vere i behov for lengre behandlingstid og behandlingresultatet kan bli påverka. Det er jamvel utfordringar i grensetilfelle, t.d. pasientar med mani. Her kan samtykkekompetansen variere og svinge. Kjennskap til pasienten vil vere ei klar fordel i slike situasjonar når ein skal vurdere samtykkekompetansen. Ein kan i større grad vurdere om pasienten er labil og i ein tilstand der pasienten ikkje er samtykkekompetent. Pasientar kan stå fram som samtykkekompetente, utan å vere det. Kunnskap om lidinga og soga til pasienten, samt informasjon frå pårørande vil vere av stor nytte.

Samtykkekompetanse er eit omgrep som kan vere vanskeleg for klinikarar, men *også* for pårørande. Dei kan oppleve fortvilning over at deira familiemedlem/signifikante andre ikkje kan ivaretaast under rammene av tvungen psykisk helsevern fordi dei er blitt vurderte som samtykkekompetente. Dette fordrar gode, psykoedukative samtalar, slik at pårørande får naudsynt informasjon og trygging.

- *Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret*

Med likeverdig samarbeid og respekt for den einskilde sin rett til sjølvbestemming kjem me lenger i behandlinga. Pasienten vert myndigare og meir ansvarleg for eiga behandling.

Korleis og når ein har heimel for å agere i høve tvang, er likevel eit klinisk dilemma. Ein kan nytte kunnskap om lidingane eller om soga til individet når me avgjer om folk har eller ikkje har samtykkekompetanse. Dei kan stå fram som samtykkekompetente utan eigentleg å vere det. Det er kanskje særleg i slike vanskelege vurderingar, ekstra viktig med eit samarbeide mellom dei ulike behandlingsnivåa. Døme er dei tilfella der pasientar blir vurdert til å vere samtykkekompetente og gjev uttrykk for at dei ikkje ønskjer den behandlinga vi primært ønskjer å tilby. Det finst alltid alternative tilnærmingar ein kan prøve i samarbeide med pasienten. Det kan jamvel vere tidkrevjande å arbeide på frivillig basis, høvesvis meir tidkrevjande enn ved pasientar underlagt tvungen vern. Det er alltid verktøy som kan nyttast jamvel om tvang er uaktuelt. Det at pasienten vinn att samtykkekompetansen kan også vere meiningsskapande og oppløftande for pasienten, samstundes som at tryggingsnettverket blir annleis og ein gjerne må jobbe annleis kring pasienten. Dei er som tidlegare nemnt i behov for vidare oppfølging.

- *Utfordringer knyttet til samfunnsvern*

I utgangspunktet vert ikkje samfunnsvernet svekt av vilkåret om samtykkekompetanse ettersom farevilkåret er uavhengig av samtykkekompetanse.

I nokre tilfelle kan det likevel sjå ut til at ein mister fokuset på farevilkåret. Ein har tradisjonelt vore meir oppteken av behandlingsvilkåret. Men ein ser at det er blitt meir merksemd mot farevilkåret. Medan samtykkekompetanse ofte er ein dynamisk tilstand, der pasienten kan vinne att samtykkekompetansen ved betring av tilstand, så er ofte valdsrisiko/farevilkåret knytt til hovudvilkåret (den alvorlege sinnslidinga). Farevilkåret skal

vurderast opp i mot om faren er til stades i ein tenkt situasjon der TPH opphøyrer. Dvs at sjølv om vi kan vurdere at valdsrisikoen er låg på grunn av rammene under TPH, så kan farevilkåret framleis vere oppfylt.

Farevilkåret kan også vere eit tidkrevjande vilkår å vurdere (innhenting og vurdering av opplysningar frå ulike involverte partar). Ein situasjon kan vere der ein vel å argumentere for/fokusere på behandlingvilkåret og manglande samtykkekompetanse og såleis «vel vekk» å argumentere for farevilkåret. Risikoen då er at ein kan ta enkelte pasientar over på frivilleg vern straks pasienten gjenoppnår samtykkekompetansen, utan at farevilkåret blir vurdert i eit opphøyrsvetdakt. Ein risikerer at pasientar kan bli utskrivne av det tvungne vernet for tidleg og fatale hendingar kan skje (t.d. alvorleg valdshending eller drap).

Det kan vere ein reell fare for at personar blir dårlegare sidan me ikkje kan gripe dersom pasienten er samtykkekompetente, men det gjeld særleg dersom me meldar oss ut fordi me ikkje har heimel for tvang. Då kan farevilkåret bli oppfylt med tida som ein funksjon av at pasienten vert dårlegare.

Det har vore ei dreining mot nedbygging av tal senger psykisk helsevern og pasientar kan bli utskrivne for tidleg. Ein kan risikere at ein ikkje får gjeve tilstrekkeleg behandling i døgnpost før utskrivning – noko som igjen risikerer at pasienten raskt blir dårleg igjen og kjem til ny innlegging.

- Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet.»

Registerdata frå Helse Førde syner at fallet i akuttinnleggingar ved Psykiatrisk klinikk, som me har registrert sidan 2013, har stogga etter lovendringa i september 2017. Talet akuttinnleggingar har vore svært stabilt sidan. Me har ikkje tilgjengelege data for fordelinga mellom behandling- og farevilkåra.

KRIPOS-rapporten [«Vold begått av personar med alvorlige psykiske lidelser»](#), november 2022 om samtykkekompetanse og samfunnsvern tyder på at samfunnsvernet ikkje er godt nok teke vare på.

Kontakten med kontrollkomisjonen har blitt meir konstruktiv, med gode faglege og juridiske drøftingar. Vår vurdering er at kontrollkomisjonane vil ha viktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag for utvalet.

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

Det kan vere ønskjeleg med endra ordbruk, sjølv om samtykkekompetanse no er eit innarbeid omgrep. Det vert oftare snakk om nektingskompetanse enn om samtykkekompetanse i dei sakene det her er snakk om. Difor bør ein vurdere å nytte avgjerdskompetanse eller beslutningskompetanse i staden. Den negative sida ved kriteriet, altså nektingskompetansen, tilseier klårgjering av at terskelen for å nekte kan vere annleis enn terskelen for å samtykke og at ein i begge høve lyt ta høgd for dei sannsynlege konsekvensane av vedtaket. Til dømes meiner me at krava til å samtykke til legemiddelbehandling bør vere lågare enn kravet til å nekte.

Vennleg helsing
Psykisk helsevern

Børge Tvedt
Direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Trond Fjetland Aarre
Øyvin Helge Myrmel
Trine Dyregrov Heggheim
Asle Kjølraug
Svein Ove Alisøy
Toril Taklo
Marianne Magnesdotter Helleseth
Øystein Sande
Anne Kristin Kleiven
Kaj Espen Nyland
HELSE VEST RHF

INNSPILL FRA HELSE FONNA HF/KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN OG RUS TIL EKSPERTUTVALGET OM SAMTYKKEKOMPETANSE, JF. HELSEDIREKTORATETS BREV AV 19.10.22 TIL HELSE VEST RHF

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

1. I utgangspunktet er vektlegging av samtykkekompetanse i lovendringen av 2017 et positivt bidrag til økt selvbestemmelse og styrket rettssikkerhet for pasienter i psykisk helsevern.
2. Innholdet i uttrykket «mangler samtykkekompetanse» er imidlertid fortsatt komplisert og uklart, og dette har allerede ført til, eller kan medføre, flere uheldige konsekvenser:
 - a) Ulik praksis for vurdering av samtykkekompetanse mellom klinikere, både internt i egen enhet, mellom enheter i samme avdeling/klinikk og mellom helseforetak.
 - b) Manglende behandling av pasienter som trolig kunne ha nytte av behandling i psykisk helsevern, men som ikke ønsker dette, og som da enten ikke blir innlagt til behandling i psykisk helsevern overhodet eller som skriver seg ut fra psykisk helsevern, siden de ikke vurderes til å oppfylle vilkåret om manglende samtykkekompetanse.
 - c) Økt «svingdørsproblematikk» i psykisk helsevern, idet vurdering av samtykkekompetanse i utgangspunktet er «ferskvare» - den skal i overveiende grad baseres på «her-og-nå»-bildet av pasienten. Siden samtykkekompetanse for en ikke ubetydelig andel av pasientene med en alvorlig psykisk lidelse ikke er et stabilt fenomen, risikerer en at et antall alvorlig psykisk syke pasienter i uheldig stor utstrekning fluktuerte mellom faser hvor de er innlagt til behandling i psykisk helsevern, og faser hvor de er utskrevet fra slik behandling, men i stor grad lider psykisk. Mange pasienter i psykisk helsevern gjenvinner sin samtykkekompetanse etter behandling, men blir raskt dårligere igjen når de avslutter denne og skrives ut. Slik forverring resulterer ikke sjelden i ny innleggelse i psykisk helsevern.
 - d) Stigmatisering av pasienter, idet klinikere i enkelte situasjoner hvor det er diskutabelt om det er grunnlag for det, velger å bruke unntaksbestemmelsen om «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller **andres liv eller helse**» (vår kursivering og utheving) knyttet til vilkåret om manglende samtykkekompetanse, for å få eller holde pasienten innlagt. Å bli gitt merkelappen «farlig for andre» kan innebære en stigmatisering av pasienten dersom det er diskutabelt/tvilsomt om så er tilfellet.
 - e) Komplisert og tidkrevende vurdering å gjøre for klinikere som sjelden har befatning med pasienter hvor spørsmålet om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller undersøkelse og behandling uten eget samtykke er aktuelt (f.eks. spesialister i BUP).
3. Samtykkekompetanse og vurdering av denne i lys av den aktuelle lovendringen med virkning fra 01.09.17 er relativt utførlig behandlet i pkt. 1.2.1, underpkt. 1-5, på s. 14-23 i Helse direktoratets rundskriv IS-1/2017 «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevern forskriften med kommentarer». Etter vår vurdering er det imidlertid behov for en forenkling og strukturering av denne redegjørelsen for å bidra til en bedre *forståelse* hos klinikere av uttrykket «mangler samtykkekompetanse», som brukes i både §§ 3-2, 3-3 og 4-4 i psykisk helsevernloven. En forenkling og strukturering av nevnte redegjørelse vil også kunne bidra til at det blir enklere for klinikere å gjøre *vurderinger* av samtykkekompetanse, og at disse vurderingene blir riktige.

4. Lovverket bør etter vår oppfatning justeres, slik at adgangen til å gi frivillig behandling til pasienter som ikke motsetter seg dette, blir større enn hva som er tilfellet i dag. Dette er særlig ønskelig i situasjoner hvor det er tvil om samtykkekompetansen til pasienten. En konsekvens av dagens juss vedrørende samtykkekompetanse er at flere pasienter innlegges på tvang i stedet for til frivillig behandling enn hva det medisinsk/psykologisk sett er behov for, slik vi vurderer det. Se også pkt. B.1.b) nedenfor.

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

1. For pasienter

- a) Pasienter som har behov for behandling i psykisk helsevern, men som ikke ønsker dette, kan enten ikke innlegges i eller må utskrives fra psykisk helsevern fordi de ikke oppfyller kravet om manglende samtykkekompetanse.
- b) Det eksisterer også en risiko for at antall pasienter på tvang i psykisk helsevern kan øke – paradoksalt nok – fordi en ikke kan innlegge en pasient til frivillig behandling dersom pasienten mangler samtykkekompetanse. «*Fravær av motstand er ikke tilstrekkelig til å si at det foreligger et gyldig samtykke.*», jf. nederst på s. 12 i Helsedirektoratets rundskriv IS-1/2017. Dersom pasienten i en slik situasjon er sterkt behandlingstrengende, har ikke klinikerne noe annet valg – for å sikre at pasienten bringes inn under nødvendig psykiatrisk behandling – enn å argumentere for at psykisk helsevernlovens krav for tvangsinnleggelse etter § 3-2 eller § 3-3 er oppfylt. Med en videre ramme for presumert samtykke enn det som pr. i dag er gjeldende juss ifølge Helsedirektoratets rundskriv IS-1/2017 (se ovenfor i dette underpunktet), kunne pasienten kanskje ha blitt frivillig innlagt i stedet for tvangsinnlagt.

2. For pårørende

Pårørende til mange alvorlig psykisk syke pasienter i psykisk helsevern erfarer at terskelen for sykehusinnleggelse av pasienten har blitt høyere enn før, og at sykehusets mulighet til å holde pasienten innlagt over tid for å gi adekvat behandling, har blitt redusert grunnet kravet om at pasienten må mangle samtykkekompetanse for at tvang etter §§ 3-2, 3-3 og 4-4 i psykisk helsevernloven kan anvendes. For mange pårørendes vedkommende fører dette til at de i praksis blir stående med ansvaret for ivaretagelsen av en alvorlig psykisk syk pasient, på hverdag som i helg og høgtid, 24 timer i døgnet. Summen av bekymring for pasientens ve og vel og all den tid og alle de ressurser det krever å gi pasienten best mulig omsorg når han/hun ikke er ivaretatt av psykisk helsevern, oppleves av mange pårørende som svært belastende og utmattende.

I spørsmålet om tvangsbruk i psykisk helsevern er det en kjensgjerning at interessene/synspunktene til en rekke pasient-/brugerorganisasjoner og interessene/synspunktene til pårørendeorganisasjoner til dels «kolliderer».

3. For helsetjenesten

Psykisk helsevern er frustrert over den samtykkekompetanse-problematikken som det er redegjort for i ovenstående punkter, og bekymrer seg for konsekvensene av dagens situasjon for både pasienter og pårørende. En faglig sett betenkelig konsekvens for psykisk helsevern er at tjenesten ikke har mulighet, grunnet manglende hjemmel for dette, til å gi alle alvorlig psykisk syke pasienter optimal behandling.

C. Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Vurdering av samtykkekompetanse skal i utgangspunktet baseres på «her-og-nå»-bildet av pasienten, som vil variere i takt med pasienten sykdomsforløp. For å bidra til å redusere den «svingdørsproblematikken» som er omtalt i pkt. A.2.c) ovenfor, mener vi at tolkningen av kravet om manglende samtykkekompetanse hos pasienten bør åpne for å også vektlegge pasientens sykdomshistorikk; hvordan har det gått med pasienten når han/hun tidligere har blitt skrevet ut fra eller har avsluttet behandling med medisiner i psykisk helsevern fordi vurderingen har vært at pasienten ikke lenger har oppfylt kravet om manglende samtykkekompetanse? Vår oppfatning er at aksept for en slik «utvidet» tolkning av kravet vil kunne bidra til å begrense lidelsen hos mange alvorlig psykisk syke pasienter.

D. utfordringer knyttet til samfunnsvern

I kravet om manglende samtykkekompetanse i §§ 3-2, 3-3 og 4-4 i psykisk helsevernloven ivaretas samfunnsvernet i unntaket fra vilkåret: «...**gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.**» (vår utheving). Selv om denne unntaksbestemmelsen i betydelig utstrekning er kommentert på s. 32-34 i Helsedirektoratets rundskriv IS-1/2017 (Se pkt. A.3 ovenfor), mener vi at det er behov for en ytterligere klargjøring av hvordan bestemmelsen skal forstås, særlig forståelsen av begrepet «nærliggende», men også av begrepet «alvorlig», i denne sammenheng. En erfaring klinikken har gjort seg, er at vi med hjemmel i den aktuelle unntaksbestemmelsen fra tid til annen agerer for sent overfor pasienten, med de svært alvorlige konsekvensene dette av og til har.

E. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Idet Helsedirektoratet allerede har mottatt uttalelser fra pasient- og pårørendeorganisasjoner vedrørende den aktuelle tematikken, har ikke Helse Fonna/Klinikk for psykisk helsevern og rus konkrete innspill til relevant kunnskapsgrunnlag for ekspertutvalgets arbeid.

Haugesund, 16.01.23
Helse Fonna HF
Klinikk for psykisk helsevern og rus
Klinikkdirektør Kenneth Eikeset