

## **Til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse**

Det vises til invitasjon til innspill datert 20.10.2022.

### **Erfaring med praktiseringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang.**

Vurdering av samtykkekompetanse er ingen «eksakt vitenskap». Vurderingen inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser og krever tid til refleksjon og diskusjon. Samtykkekompetanse er dynamisk og må vurderes konkret i forhold til det aktuelle spørsmålet som pasienten i det enkelte tilfellet skal ta stilling i. Pasientens samtykkekompetanse kan dessuten være flukturerende i takt med pasientens tilstand, og enkelte pasienter kan i noen tilfeller skifte mellom å være samtykkekompetent og ikke-samtykkekompetent i løpet av dagen.

Som påpekt i Hdir sin veileder til Psykisk helsevernloven, kan «beslutningene i den enkelte sak med fordel kvalitetssikres ved en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag».

Kontrollkommisjonens vurderingsgrunnlag av pasientens samtykkekompetanse i klagesakene vil imidlertid for alle praktiske formål først og fremst være basert på inntrykket kommisjonen får av pasienten i løpet av den relativt korte tid møtet varer (+/- 60 min.), sammenholdt med opplysninger fra pasientjournalen og den faglig ansvarliges saksfremlegg i møtet.

Kontrollkommisjonens praktiske forutsetninger for selvstendig å vurdere pasientens samtykkekompetanse er med andre ord ganske begrenset i forhold til Hdir sine anbefalinger. Vår erfaring er at kontrollkommisjonenes praktiske og metodiske tilnærming til problemstillingen i stor grad benytter seg av vurderingsverktøy som for eksempel «FARV».

Kontrollkommisjonen skal dessuten vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt på det tidspunkt kontrollkommisjonen treffer sitt vedtak. Som nevnt over, vil det kunne by på særlige utfordringer i de tilfeller hvor labile pasienter kan fremstå som samtykkekompetente i klagesaksmøtet, men hvor det også foreligger informasjon om at pasientens tilstand er signifikant svingende gjennom døgnet.

Kompleksitet og vanskelighetsgrad i vurderingen av pasienters samtykkekompetanse vil selvsagt ha sammenheng med pasientens sykdomsbilde og tilstand på vurderingstidspunktet. Ressursgruppen erfarer at de vanskeligste vurderingene oftest oppstår i forhold til TUD-pasientene og i mindre grad i forhold til dem som er akuttinnlagt i institusjon og som forutsetningsvis er langt sykere enn TUD-pasientene.

Ressursgruppens erfaring er videre at kontrollkommisjonene ofte synes bevisvurderingen (vurdering av FARV mv.) er vanskelig. Det er utfordrende at bevisvurderingsgrunnlaget er for dårlig i møtene våre, i tillegg til at selve kriteriet

(rettsanvendelsen) oppleves vanskelig å fastlegge tilstrekkelig presist. Dette kan gi rom for forskjellig praktisering, hvilket i seg selv er uheldig.

Erfaring er at det brukes noe mindre tvang for hjemmeboende og DPS-pasienter i dag sammenlignet med før 2017. Ressursgruppen har fått tilbakemeldinger på at farekriteriet i større grad enn før blir påberopt som grunnlag for etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, men at begrunnelse og dokumentasjon knyttet til anvendelsen av farekriteriet ofte fremstår som mangelfull.

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

De nye regler om krav om manglende samtykkekompetanse har i tillegg til å tilpasse norsk lov til Norges internasjonale forpliktelser, bidratt til et generelt økt fokus på pasientrettigheter og selvbestemmelsesrett i psykiatrien. Dette vurderes som positivt.

På den annen side erfarer man at det nye vilkåret kan få negative og uønskede konsekvenser.

For pasienter:

Vi ser flere tilfeller med svingdørspasienter med hyppigere innleggelseser. I dårlig fase mangler pasienten samtykkekompetanse og tvang etableres. Etter en stund med behandling (oftest medisinerings) blir pasienten bedre og får tilbake samtykkekompetanse. Tvangen opphører. Dette medfører at medisinene autoseponeres, og med den følge at pasienten blir dårligere; og så blir det ny innleggelse.

Hvor farekriteriet mangler ser vi enkelte ganger tilfeller der pasienter blir tatt av tvang, men hvor vedkommende nok burde ha vært under tvang for å sikre en adekvat behandling/medisinerings.

For pårørende:

Med anvendelse av noe mindre tvang i dag, og med oftere svingdørspasienter, så går dette mer ut over de nærmeste pårørende.

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

Ved innføring av vilkår om manglende samtykkekompetanse vil man oftere bruke farekriteriet som grunnlag for tvang. Dette kan være uheldig i forhold til behandlingsalliansen mellom pasient og behandler

## Utfordringer knyttet til samfunnsvern

For samtykkekompetente pasienter under tvungent psykisk helsevern, og som ikke (allerede) er overført ved dom, jf. straffeloven § 62, vil det bare være oppfyllelse av lovens farevilkår som kan begrunne etablering og opprettholdelse av tvungent vern.

Ressursgruppen peker i denne forbindelse på muligheten for at fortolkningspraksisen, som etter hvert synes å ha festnet seg i forhold til det skjerpede beviskravet om at pasienten «åpenbart» mangler samtykkekompetanse, kan være anvendt for strengt i praksis. Spørsmålet er med andre ord om man innfortolker et for snevert handlingsrom for bevisvurderingen.

Ressursgruppen antar at hensynet til samfunnsvernet, i større grad enn hva som synes å være tilfelle i dag, kan imøtekommes ved at farevilkåret påberopes oftere i de kvalifiserte tilfellene. Dette forutsetter i så fall at faglig ansvarlig har tilgang til relevant informasjon, for eksempel komparentopplysninger fra pårørende, informasjonsutveksling mellom psykisk helseverninstitusjoner og politi m.fl., og eventuelt sørger for at det blir gjennomført en systematisk voldsrisikovurdering av pasienten. Ressursgruppens erfaring er at faglig ansvarlig, av ulike årsaker, i for liten grad gjør de nødvendige anstrengelser for å utrede og eventuelt begrunne at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andre.

---

17. januar 2023

Ressursgruppen for Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern