



Dato 28.03.2023

Innspill til samtykkeutvalget

Takk for muligheten til å sende innspill til kommisjonens arbeid.

Norsk forening for allmennmedisin er norske allmennlegers fagmedisinske forening. Vi arbeider for å utvikle faget allmennmedisin og utvikle tjenestene gjennom utdanning, kvalitetsarbeid, forskning og fagpolitisk arbeid.

NFA gjennomfører i mars 2023 en medlemsundersøkelse blant våre medlemmer for å kartlegge allmennlegers erfaring med samtykkebestemmelsen. Undersøkelsen gjennomføres i samarbeid med Frivillighet og tvang (tidligere Tvangsforsk - Nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang innen psykisk helsevern). Vi håper resultatene av undersøkelsen kan være til hjelp i videre arbeid.

Samtykkebestemmelsen skapte en del uklarheter da den ble innført, og en del pasienter ble ikke innlagt selv om de trengte det. Vi har sett uheldige hendelser og dødsfall som vi knytter til denne bestemmelsen. Det kan skyldes forskjellige forhold.

- Det ble tatt hensyn til samtykkekompetansen også i saker der det (i ettertid) viste seg å være fare for liv og helse. Formuleringen *Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse* legger terskelen for tvang ganske høyt. Formuleringen kan minne om og kanskje endog forveksles med bestemmelsen i helsepersonelloven §31 "*Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom*". Erfaring tilsier at hvis vi skal forebygge skade på liv eller helse må terskelen ligge lavere for å iverksette helsehjelp enn å tilkalle politi/brannvesen.
- Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3 angir at *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*. Vi har sett eksempler på at uttrykket *åpenbart* tolkes slik at pasienters ønske om å ikke få behandling respekteres i for stor grad. Ved bekymringsmelding om en ukjent person, for eksempel i legevakt, tolker enkelte dette slik at hvis det ikke kommer frem åpenbar svikt f.eks. ved en kort samtale på telefon eller i døråpningen ved et hjemmebesøk så er det heller ikke grunnlag for å insistere på en grundigere samtale eller eventuelt tvungen legeundersøkelse.
- Psykisk helsevernlovens tydelige fokus på å beskytte pasienter mot urettmessig tvang kan føre til at man i for liten grad vektlegger motargumentene – de viktigste to er ofte pasientens rett til behandling etter PBRL §2-1 og undersøkelsesplikten etter HPL §7.

Samtykkebestemmelsen og samspillet med de andre bestemmelsene har blitt bedre kjent med tiden, men det er fortsatt krevende for helsepersonell å håndtere regelverket. Beslutningene om tvang tas ofte akutt og med begrensede muligheter til å fordype seg i de juridiske problemstillingene når man står i en konkret situasjon. Se også avsnitt nedenfor om legevakt.

Fastlegenes rolle

Fastleger iverksetter sjelden tvang etter psykisk helsevernloven overfor egne pasienter. Det kan forekomme f.eks. ved utvikling av alvorlig depresjon, akutte psykoser eller ved tilbakefall hos pasienter med kroniske psykiske sykdom som f.eks. bipolar lidelse. I en situasjon med gradvis utvikling vil man ofte kunne finne løsninger uten tvang. Samtidig er det en utfordring at en del pasienter får mangelfull hjelp mens tilstanden forverrer seg og pasienten må bli "dårlig nok" til at tvang kan tas i bruk. Vi trenger en legal mulighet til å handle mot pasientens vilje i den hensikt å unngå en tvangsinnleggelse. Vi ser to muligheter for dette.

- *Å gi fastlegen eller annet helsepersonell en mulighet på faglig grunnlag til å handle uten samtykke*
Mange fastleger har stått i situasjoner med alvorlig psykisk syke pasienter som ikke ønsker bistand av noen art og dermed ikke gir samtykke til at fastlegen konsulterer eller samarbeider med eksempelvis spesialisthelsetjenesten om tiltak for å unngå tvangsinnleggelse. I beste fall kan rådgivning skje anonymt og uten at spesialisthelsetjenesten dokumenterer råd som er gitt og uten at de besøker pasienten. Pasientens samtykke burde ikke være nødvendig for kommunikasjon om pasienten ved hans/hennes rette navn, ei heller at alle nødvendige fagressurser kan kobles på i kontakt med pasienten i et arbeid for å finne løsninger uten tvangsinnleggelse. Vi forstår at dette vil kreve en lovendring, og vil sterkt anbefale at en slik endring vurderes.

Mange pasienter er i ettertid takknemlige for at legen grep inn og stoppet en uholdbar situasjon ved en tvangsinnleggelse. Etter at psykosen og eventuell utagering er over blir det for mange tydelig at dette ikke kunne fortsette. Flere av oss fastleger har fått spørsmål om hvorfor vi ikke gjorde noe tidligere? Det blir enda vanskeligere å stå som fagperson og juridisk ansvarlig i spennet mellom frivillighet og økte terskler for tvangsinnleggelse. Vil tilsynsmyndighetene forsvare en lege som har forsøkt å unngå tvang og utsatt innleggelse uten å ha særlige tiltak å sette i verk fordi pasienten ikke samtykker?

- Pasienter som har opplevd en tvangsinnleggelse, eller er redde for at de kan komme i en slik situasjon, burde få mulighet til å gi en slags fremtidsfullmakt til samarbeid og behandling i den hensikt å unngå tvangsinnleggelse. Den kunne avgis til fastlege eksempelvis slik:
Hvis min sykdom skulle utvikle seg slik at jeg igjen kommer i en situasjon hvor jeg blir alvorlig syk og ikke er i stand til å gjøre vurderinger til mitt eget beste hva angår medisiner og behandling gir jeg herved fastlege XY en fullmakt til å gjøre nødvendige tiltak i den hensikt å redusere sjansen for tvangsinnleggelse. Jeg ønsker ikke anonymitet i samarbeidet mellom instanser som kan hjelpe meg og jeg ber om at alle tiltak som kan redusere sjansen for tvangsinnleggelse vurderes og eventuelt gjennomføres. Det innebærer for eksempel hjemmebesøk fra fastlege, oppsøkende team eller personell fra spesialisthelsetjenesten.

Legevaktens rolle

Det er viktig å være oppmerksom på at de fleste tvangsinnleggelse foregår i legevakt. Innleggende lege jobber ofte som fastlege – men ikke for den aktuelle pasienten. Legen har ofte svært mangelfulle opplysninger og kjennskap til pasienten, og ofte heller ikke tilgang til journalopplysninger fra tidligere. Ikke få tvangssituasjoner oppstår under ruspåvirkning, hvilket gjør situasjonen uoversiktlig og vurderingene krevende.

Det er vanlig at legen også står under en god del press.

- Legen kan være alene med pasienten, det kan være utfordrende å holde situasjonen under kontroll med tanke på utagering, vold eller rømning. Legen kan også frykte for egen sikkerhet.
- Farlighetsvurdering er vanskelig, og medisinsk kunnskap finnes ikke som gjør det mulig å forutsi fremtidig fare med høy grad av sikkerhet.
- Ikke sjelden må leger som ønsker å tilby innleggelse – frivillig eller under tvang – argumentere sterkt overfor sykehuset for at innleggelse er nødvendig. Ved enkelte sykehus må innleggende lege konferere med sykepleier eller lege i utdanning og får ikke tilgang til samtale med ansvarlig overlege. Dette vanskeliggjør gode beslutningsprosesser, ved tvangsvurderinger bør overlege stå for konfereringen.
- Legene opplever at de står i press mellom pasientens selvbestemmelsesrett og retten til behandling, og at det er risiko for kritikk uansett hvordan legen vurderer situasjonen.

Muligheten for å iverksette alternative/frivillige tiltak fra legevakten er begrenset. Slike tiltak må være skreddersydd omkring den enkelte pasient, og for å aksepteres av pasienten bør tiltaket ofte utføres av kjente personer i kjente rammer. Dette er vanskelig å mobilisere utenom arbeidstid og med liten kjennskap til pasientens ressurspersoner og behandlingsapparat, som i legevakt. Vakthavende lege kan sende beskjed til dagapparatet, men neste arbeidsdag er legevakten avsluttet og vakthavende er ikke på legevakten men i annet arbeid. Muligens kan det være til hjelp dersom kommunene beskriver og tilgjengeliggjør de tilbudene som finnes i større grad enn i dag. Gode tiltaksplaner for enkeltpasienter kan også bidra, hvis de gjøres kjent for legevakten f.eks. gjennom kjernejournal.

Andre forhold

Pårørendes rolle er under press og pårørende må ta et større ansvar når pasienter ikke er "syke nok til å få hjelp". Vi observerer også at informasjon avgitt av pårørende lettere kan komme tilbake til pasienten pga innsyn i journal, inkludert nye teknologiske løsninger for innsyn. Eksempelvis legges i flere RHF henvisningene ut til pasientens innsyn over HelseNorge. Det finnes mulighet til å skjerme eller blokkere opplysninger, men dette avhenger av at mottagende avdeling faktisk tenker på det og blokker innsyn. Det kan være belastende for pårørende at slike opplysninger deles med pasienten, Noen ganger går det ut over støttefunksjonen de pårørende har for pasienten.

Samspeillet mellom helse og politi er ofte mangelfullt. Politiet uttrykker frustrasjon dersom de må rykke ut til personer, bringer dem til helsetjenesten og i etterkant ikke får tilbakemelding om helsetjenestens tiltak eller grunnlaget for å ikke iverksette tiltak. Det er ikke vanlig at politiet begjærer innleggelse og dermed får partsrettigheter, og bevisstheten om hva dette innebærer er nok mangelfull både i helse og politi. Bedre informasjon om muligheten for informasjonsdeling kan kanskje bidra til tettere samarbeid f.eks. omkring gjengangere som behandles av både helsetjenesten og politiet.

Med vennlig hilsen



Marte Kvittum Tangen
leder



Jon Ørstavik
sekretariatsleder