



Oslo, 14. november 2022  
Journalnr. 346/22 Vår ref: HKS/AFJ

## Psykologforeningens innspill til ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Norsk Psykologforening takker for mulighet til å gi innspill, og viser samtidig til møte med ekspertutvalget 15.9.22 og president Håkon Skards innlegg som ble ettersendt.

Psykologforeningen mener overordnet at en evaluering/endring av samtykkekravet isolert sett er uheldig, og i stedet bør inngå som en naturlig del av det videre arbeidet med tvangsbegrensningsloven. Dessuten må selve praktiseringen av samtykkekravet sees i lys av en bred og sammensatt diskusjon om dagens tjenestetilbud.

Ekspertutvalget ber om innspill rundt fem områder som besvares under:

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

Det er ikke uproblematisk å evaluere samtykkekravet kort tid etter innføringen, og med to år med covid pandemi, med de implikasjoner dette har hatt for befolkningen, tjenestetilbud og helsepersonell. I samme periode har vi også sett stadig tøffere rammebetingelser i psykisk helsevern som har gått ut over eksisterende tilbud og videreutvikling av disse. Blant annet er det utfordringer med et lavt antall døgnplasser i psykisk helsevern og god nok ambulant oppfølging.

I våre [medlemsundersøkelser](#) svarer nesten 40% av psykologene i spesialisthelsetjenesten at de *ikke* kan tilby pasientene samtaler hyppig nok til at den er dokumentert virksam. De må også avslutte forløpene før behandlingen er ferdig, og de har ikke kapasitet til å etablere nødvendig samhandling. Vår vurdering er at disse manglene i tjenestene er langt viktigere enn samtykkebestemmelsen for å forstå hvorfor flere pasienter faller utenfor behandlingsapparatet og hvorfor vi strever med å sikre god nok kontinuitet og helhet i forløpene.

Psykologforeningen er videre kjent med at implementering og gjennomføringen av samtykkekravet har vært mangelfullt. Tjenestene har ikke gitt god nok opplæring til fagfolk og der er utviklet for lite

normerende og godt validerte verktøysom beslutningsstøtte. Det ser derfor ut til at det har utviklet seg ulik forståelse og praksis. Vi mener at vedtaksansvarlige mange steder trenger økt kompetanse i slike vurderinger og at helsepersonell rundt pasienten danner seg en mer ensartet forståelse av hva samtykkekravet reelt innebærer.

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

Psykologforeningen mottar stadig meldinger fra pasienter, pårørende og behandlere, som bekymrer seg for dem som faller utenfor dagens behandlingsapparat. Noen har satt kjente utfordringer slik som for tidlige utskrivelser, flere reinnleggelses og stor ansvarsbyrde for pårørende i sammenheng med samtykkekravet. Vi har imidlertid lite systematisk kunnskap om slike årsakssammenhenger.

Samtidig vet vi at medbestemmelse og samvalg betyr svært mye for pasienters behandling. Dessuten kan vi ikke med dagens kunnskapsgrunnlag si at mer bruk av tvang overfor personer som ikke er til fare for seg selv eller andre ville gitt et bedre behandlingsresultat eller styrket samfunnsvernet.

Universitet i Tromsø har nylig intervjuet personer som etter lovendringen i 2017 ble vurdert samtykkekompetente og ikke lenger ble holdt på TUD (tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold). De fleste var fornøyde, fortsatte i frivillig behandling, beskrev økt opplevelse av autonomi, mer eierskap til det å bli bedre og styrket tillit og dialog med sine behandlere ([Wergeland et al 2022](#)). Slike sentrale fellesfaktorer i behandlingforskningen har betydning for et positivt resultat enten denne er medikamentell, psykoterapeutisk eller rettet mot sosiale forhold.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse har spurt de pårørende, og der hvor relevante frivillige alternativer til tvang ble presentert ønsket pårørende at dette ble gitt. Utfordringen syntes snarere å være at pårørende ofte må velge mellom tvang og ingen behandling. (REF).

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

1mars i år kom nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne> Rådene er gode, virksomme og kunnskapsbaserte. De understreker at det er nødvendig med en bred og sammensatt tilnærming for å lykkes med å redusere tvang. Noen av rådene er nylig tatt i bruk og mange flere kan iverksettes. Igjen er det viktig at behandlerne får mulighet til å iverksette tiltakene som anbefales. Det må settes av tid og ressurser.

En klar forbedring i psykisk helsevernlov var at man med samtykkekravet kunne differensiere bedre hvilke spørsmål pasientene kunne være samtykkekompetente i. For eksempel kan et menneske være samtykkekompetent i spørsmål rundt medisinerings uten at hen er samtykkekompetent i det å fatte beslutninger rundt behovet for tvungent vern i sin helhet. Økt selvbestemmelse og autonomi som følge av et differensiert samtykkebegrep er et stort gode.

Østenstadsutvalget foreslo rett til reservasjon mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotika. Psykologforeningen mener at juridisk bindende forhåndserklæringer bør kunne lovfestes i psykisk helsevernlov så lenge implementeringen skjer på en forsvarlig og god måte. Retten til slik reservasjon speiles godt i ett differensiert samtykkekrav.

Med stadig mer kunnskap om god tjenesteutvikling er det store muligheter for å kunne gi bra pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret. Et godt eksempel er ved AHUS der

tiltaket «åpen dialog» har bidratt til færre utageringer og trusler og senket tvangsmiddelbruken ved en sikkerhetspost. Ved Lovisenberg sykehus har de åpnet dørene i akuttpost (REF). Ambulerende FACT- team for sikkerhetspasienter blant annet ved sykehuset Innlandet og Blakstad sykehus er andre gode eksempler BET (Basal eksponeringsterapi) og KYR (Komplementær ytre regulering) er praksiseksempler her til lands som er omtalt i [Europarådets rapport](#) for mer frivillighet i tjenestene. (Council of Europe 2021)

I Porsgrunn kommune har psykisk helsetjeneste på relativt få år hatt en utvikling hvor tilbudet har gått fra omsorg- og «oppbevaring» til aktiv behandling for denne pasientgruppen. Ved et ledelsesforankret fokus og betydelig økt kompetanse og ved å innta en aktiv holdning til at kommunene selv har et betydelig ansvar for innholdet i tjenestene. Forebygge forverring, kriser og tvangsinnleggelse, jobbe systematisk med kriseplan, tilby krise/korttidsopphold i døgneheter, gi ett godt og differensiert botilbud. Ved systematisk tenking på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten jobber man i praksis kontinuerlig med pasientens selvbestemmelse og forhindre forverring/helt eller delvis tap av samtykkekompetanse.

I Nederland rulles såkalte [High and Intensive Care units](#) (HIC) ut som et nasjonalt tiltak rettet mot alvorlig psykisk syke i risiko for krisesituasjoner og tvangsinnleggelse. Her er et av de bærende behandlingsprinsippene at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasientens opp tett av fast behandler, noe som bidrar til bedre overganger og sammenheng i forløpet.

Felles for alle disse ulike tilnærmingene er at de anerkjenner kompleksiteten i å skulle redusere inngripende tvangsbruk i psykisk helsevern. Det krever aktiv innsats over tid innenfor fag, system og kultur.

#### **4. Utfordringer knyttet til samfunnsvern**

Psykologforeningen mener det et paradoks at utvalget skal evaluere effekten av samtykkekravet, når bakgrunnen for nedsettelsen av utvalget primært knytter seg til problemstillinger om samfunnsvern. Samfunnsvernet er svært viktig, men dette ivaretas av farekriterier i psykisk helsevernlov. Dersom det er samfunnets behov for beskyttelse som er målet med evalueringen forventer vi at dette tydeliggjøres ytterligere.

Mandatet etterspør om det er særlig utfordringer med diagnosegrupper eller pasientforløp på gruppenivå. Vi vil her peke på den store gruppen mennesker med samtidige psykiske lidelser og rusmiddellidelser også når det gjelder voldsrisiko. [ROP tilsynet](#) i kommune- og spesialisthelsetjenesten (2017-2018) viste med all tydelighet at denne pasientgruppen var utsatt for stor svikt fra begge nivåer. Fortsatt er kan det være tilfeldig om brukere og pasienter får virkningsfulle og individuelt tilpassede tjenester av god kvalitet. Det er også betegnet at [UKOMS](#) læringsrapport om drap begått i psykotisk tilstand fra i år, i liten grad vektla spørsmål om rusmiddelbruk, selv om den aktuelle pasienten var LAR pasient med langvarig omfattende rusavhengighet.

Statusrapport for sikkerhetspsykiatri (SIFER 2019) peker på at Norge ikke har egne pasientforløp/behandlingslinjer for sikkerhetspsykiatri inkludert pasienter på dom. Prosjektgruppen «overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern» som leverer sin rapport 1.mars 2023 peker på at det er for stor uønsket variasjon av i ivaretagelse av denne gruppen, vi anbefaler at ekspertutvalget ser til prosjektgruppens rapport når denne foreligger. Flere steder er det for få lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, i tillegg store

utfordringer i antall døgnplasser i psykisk helsevern generelt og videre - god nok ambulant oppfølging og samhandling. Disse manglene virker direkte inn for pasienter på tvungent og frivillig vern, men også for pasienter på dom. Pr i dag ser vi at domfelte flere steder kan «fortrenge» andre pasienter som kan ha stort behov og som får forverret sin tilstand og igjen får enda større behandlingsbehov. Det er derfor helt nødvendig å se mer helhetlig på denne dynamikken, og de ulike tilbudene må sees i sammenheng.

### **5.Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet**

Gode og tilstrekkelige psykiske helsetjenester spiller en helt avgjørende rolle for å forebygge tvang. Inntil nylig har kunnskapsgrunnlaget vært begrenset, men vi vil gjøre oppmerksom på at det foreligger ny kunnskap om de kommunale tjenestenes betydning. Ett forskningsprosjekt i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i samarbeid med Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo og Avdeling for helsetjenesteforskning ved Akershus universitetssykehus, har utviklet seks strategiområder i kommunene for å redusere tvangsinnleggelse (ReCon intervensjonen). Irene Wormdahl 2022 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9296016/>) fant i studien en stor variasjon i de forløp som ender i tvangsinnleggelse, blant annet tilgang til hjelp, manglende kompetanse, manglende samarbeid og dårlige boforhold. Og at ulike barrierer i tjenestene vanskeliggjorde det å forebygge innleggelse. Tore Hofstad m.fl. 2021 (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.737698/full>) har nylig vist betydelig variasjon i årsverk og geografi i forhold til antall pasienter og antall innleggelse på tvang. Styrking av helsepersonell i psykisk helsetjeneste reduserer *både* antall tvangsinnleggelse og øker kvaliteten i psykiske helsetjenester i kommunen.

Med vennlig hilsen,  
Norsk psykologforening



Håkon Kongsrud Skard  
President