

1. Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn og formål.....	2
1.2 Rundskrivets målgruppe.....	3
2. Nye bestemmelser i psykisk helsevernloven.....	3
2.1 Unntak ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.....	4
2.1.1 Alvorlig fare for pasientens egen helse.....	5
2.2 Hvem skal vurdere samtykkekompetansen, dokumentasjonskrav.....	5
3. Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlig psykisk lidelse.....	6
3.1 Dagens praksis og kunnskap på området.....	6
3.2. Veiledning/ momenter i vurderingen.....	7
3.2.1 Samtykkekompetanse og «sykdomsinnsikt».....	9
3.2.2 Vurdering av samtykkekompetanse ved psykose.....	9
3.2.3 Vurdering av samtykkekompetanse ved bipolar lidelse.....	12
3.2.4 Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige spiseforstyrrelser.....	12
3.2.5 Vurdering av samtykkekompetanse ved psykisk utviklingshemning.....	13
3.2.6 Vurdering av samtykkekompetanse ved demens.....	13
3.3 Hvor hyppig bør samtykkekompetanse vurderes.....	13
3.3.1 Forhold som kan påvirke samtykkekompetansen.....	13
3.4 Vurdering av samtykkekompetanse ved ulike vedtak.....	14
4. Brukerstemme.....	14
5. Behandlingstiltak ved alvorlig psykisk lidelse.....	14
6. Overprøving/ klage på vurdering av manglende samtykkekompetanse.....	15

# 1. Innledning

Ved lov av .....ble det gjort endringer i psykisk helsevernloven. Lovendringene gjelder fra....

Endringene medfører at det nå er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Vilkåret gjelder både ved tvungen observasjon, etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke.

Det betyr blant annet at pasienter som har samtykkekompetanse kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Det innebærer også rett til å velge å avslutte igangsatt behandling. Blant annet vil pasienter som etter en tids behandling vurderes å ha fått tilbake sin samtykkekompetanse, få rett til å avslutte behandling. Retten vil gjelde selv om pasienten har en alvorlig psykisk lidelse, og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling.

Det er noen unntak fra kravet om manglende samtykkekompetanse. Kravet gjelder ikke der pasienten på grunn av alvorlig psykisk lidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare eget liv eller andres liv eller helse. I disse tilfellene veier hensynet til å redde pasientens liv, eller samfunnshensynet tyngre enn pasientens selvbestemmelse, se kap. 2.1.

## 1.1 Bakgrunn og formål

Formålet med endringene er en ytterligere styrking av pasientenes selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet. Endringene er en oppfølging av forslaget om at det skal være et vilkår for å bruke tvang at pasienten mangler samtykkekompetanse i NOU 2011:9 «Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet».

Hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett har blitt tillagt større vekt i helselovgivningen de siste tiårene. I januar 2007 ble pasientrettighetene i det psykiske helsevernet styrket ved at tidligere begrensning om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt det passer» ble fjernet. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble ratifisert av Norge i 2013. Konvensjonen gir uttrykk for en internasjonal utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering.

Hovedregelen etter endringen i 2007 er at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 1-5. Etter § 2-1 første ledd er hovedregelen at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Unntak gjaldt pasienter med alvorlig sinnslidelse, som kunne tvangsinnlegges dersom flere tilleggsvilkår var oppfylt. Dette medførte at tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven også kunne fattes når pasienten var samtykkekompetent.

Når det nå er innført en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern er det lagt avgjørende vekt på styrking av pasientens selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet i spørsmålet om behandling. En modell som går ut på å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett er en viktig tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for nevnte FN-konvensjon. En kompetansebasert modell innebærer en overgang fra fokus på diagnose til funksjonsnivå, noe som er i tråd med CRPD.

Det vil nå kreves et bredere beslutningsgrunnlag når avgjørelsen om tvang nå skal bygge på pasientens kompetanse i tillegg til diagnose og helsefaglige vurderinger om behov for behandling.

Kravet om samtykke i psykisk helsevernloven, bygger på gjeldende regler om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Ved vurdering av pasientens samtykkekompetanse legges kravene i § 4-3 til grunn.

Endringene fører derfor også til bedre samordning med reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, som regulerer somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Spørsmålet om pasienten mangler samtykkekompetanse skal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 vurderes etter samme lov kapittel 4. Samtykkekompetente pasienter kan som hovedregel nekte somatisk helsehjelp.

## 1.2 Rundskrivets målgruppe

Detter rundskrivet retter seg først og fremst til de som skal initiere eller gjennomføre (tvungen) behandling av pasienter i det psykiske helsevernet:

- Fastleger
- Legevaktsleger
- Faglig ansvarlig i psykiske helsevern
- Annet helsepersonell i psykisk helsevern<sup>1</sup>
- Kontrollkommisjoner og fylkesmannen

Rundskrivet vil også være relevant for helsepersonell som jobber med psykisk helsearbeid og rus i kommunen.

Rundskrivet kan også være av interesse for pasienter og deres pårørende.

## 2. Nye bestemmelser i psykisk helsevernloven

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ved

- tvungen observasjon, (§ 3-2)
- tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)
- behandling uten eget samtykke (§ 4-4)

Ordlyden i det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse er liklydende i de tre bestemmelsene:

*Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*

Det betyr at pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Det innebærer også rett til å velge å avslutte igangsatt behandling. Blant annet vil pasienter som etter en tids behandling vurderes å ha fått tilbake sin samtykkekompetanse, få rett til å avslutte behandlingen.

- 
- <sup>1</sup> I henhold til ny phvl. § 4-4 om behandling uten eget samtykke, skal faglig ansvarlig vurdere samtykkekompetanse sammen med «annet kvalifisert helsepersonell»

I vurderingen av samtykkekompetanse skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 legges til grunn.

Kravet om manglende samtykkekompetanse gjelder i tillegg til de andre vilkårene som framgår av § 3-2/ § 3-3 / § 4-4.

Unntak fra krav om manglende samtykkekompetanse gjelder ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, se kap. X.

## 2.1 Unntak ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse

Det gjøres unntak fra vilkåret om at pasienten må være uten samtykkekompetanse i de tilfeller der pasienten er til nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, jf. phvl. § 3-3 nr.4. Unntaket er begrunnet i samfunnshensynet. Hensynet til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett må her vike for hensynet til andre mennesker.

Videre gjøres det unntak for fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse, der det er fare for pasientens *eget* liv, som ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko.

Dette unntaket er motivert av sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelser knyttet til å redde liv. Det er de samme hensynene som kommer til uttrykk i øyeblikkelig hjelp-plikten som pålegger helsepersonell til å gripe inn med påtrengende nødvendig hjelp - også i tilfeller der pasienten er samtykkekompetent og motsetter seg, for eksempel ved akutt selvmordsfare, jf. helsepersonelloven § 7.

Ved etablering av tvungen observasjon/ tvungent vern er 72 % av vedtakene begrunnet med behandlingstvilkåret, 26 % med farevilkåret og 3 % med begge vilkår.<sup>2</sup> Prosentandelen for farevilkåret kan nok være noe kunstig lav, fordi faglig ansvarlig nok noen ganger ikke vurderer farevilkåret, dersom behandlingstvilkåret likevel er oppfylt. Dette skyldes nok av og til et ønske om å skåne pasienten eller behandlingsalliansen, eller at dokumentasjonen av fare for andre fremstår som mangelfull. Uansett er dette en uønsket praksis. Dersom farevilkåret vurderes oppfylt, skal dette fremgå av vedtaket, og pasienten skal ha begrunnelsen.

Tvungent vern begrunnet i behandlingstvilkåret skal opphøre så snart pasienten igjen vurderes å ha samtykkekompetanse, noe som øker betydningen av at farevilkåret i større (og riktigere) grad blir vurdert og lagt til grunn for tvungent vern.

Det anbefales at en samtykkekompetansen også vurderes ved tvungent vern og tvangsbehandling basert på farevilkåret. Årsaken til dette er at risiko-vurderinger ofte vil endres raskt (spes. knyttet til fare for *eget* liv og helse). Der risikoen ikke lenger er til stede, vil det kunne være aktuelt å vurdere om behandlingstvilkåret er oppfylt, herunder vilkåret om manglende samtykkekompetanse.

---

<sup>2</sup> Helsedirektoratets rapport IS-2452 figur 3.7 Det fremgår av samme rapport at datagrunnlaget er usikkert.

### 2.1.1 Alvorlig fare for pasientens egen helse

Det gjøres ikke unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved alvorlig fare for pasientens egen helse. Der tilstanden/situasjonen ikke er livstruende, og pasienten vurderes å ha samtykkekompetanse, gis altså pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett forrang foran hensynet til pasientens helse. Dette er i tråd med det alminnelige utgangspunktet i helseretten, og tilsvarer den situasjonen at en samtykkekompetent person har rett til å avslå somatisk behandling selv om konsekvensene er svært alvorlige, jf. pbrl. § 4-1. Regelverket baserer seg på en presumpsjon om at samtykkekompetente personer som den store hovedregel vil ta hensiktsmessige valg for å ivareta og optimalisere egen helse. Regelverket respekterer pasientens autonomi og rett til å gjøre andre vurderinger enn helsepersonell av hva som er hensiktsmessig, og å legge større vekt på andre hensyn enn helsen. Det innebærer for eksempel at en person med «alvorlig sinnslidelse», som er samtykkekompetent og driver selvskadning uten å være til fare for eget liv, ikke kan holdes tilbake i tvungent vern. Tilsvarende vil ikke vilkårene for tvungent vern være oppfylt for en alvorlig sinnslidende, men samtykkekompetent person som vil seponere foreskrevne antipsykotika og derved få et gradvis funksjonsfall som gjør at vedkommende heller ikke klarer å ivareta sin egen helse. Eksempler på dette kan være å ivareta tilstrekkelig hygiene, næringsinntak eller (ikke livsviktig) og / eller oppfølging av somatiske lidelser som ikke er livstruende.

### 2.2 Hvem skal vurdere samtykkekompetansen, dokumentasjonskrav

Det fremgår av § 4-3 tredje ledd at det er det helsepersonellet som yter helsehjelp som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Forarbeidene presiserer dette nærmere og sier at det vil være den som har det faglige ansvaret for behandlingen. Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, skal treffes av «faglig ansvarlig» (psykiater eller psykologspesialist). Det vil være denne som skal vurdere om vilkårene for tvang er oppfylt, herunder manglende samtykkekompetanse.

Når det gjelder vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke er det i ny § 4-4 a satt som krav at vilkårene for behandling uten eget samtykke (herunder vilkåret om manglende samtykkekompetanse), skal vurderes av faglig ansvarlig *etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell*. Det betyr at også avgjørelsen om pasienten er samtykkekompetent skal tas etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Plikten til å konsultere annet kvalifisert helsepersonell er ment å skulle kvalitetssikre vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke, herunder beslutningen om pasienten mangler samtykkekompetanse. Helsepersonell som kjenner pasienten og situasjonen til pasienten godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen. Rent praktisk vil det si at helsepersonellet som har daglig kontakt med pasienten, for eksempel sykepleieren, kan være den som det er best å rådføre seg med.

Det kan oppstå situasjoner der helsepersonell er uenig om resultatet. I slike situasjoner er det naturlig at helsepersonellet søker råd hos ytterligere kvalifisert helsepersonell før det treffes en endelig avgjørelse/vedtak, selv om dette ikke er tatt med som et uttrykkelig vilkår i § 4-4a. Når helsepersonellet får et råd fra annet kvalifisert helsepersonell, skal det journalføres.

§ 4-3 fjerde ledd fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse etter andre ledd skal være begrunnet og skriftlig. I begrunnelsen skal det gå fram hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Det vil si at det blant annet må fremgå hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, hvilke vurderinger som er gjort, hva som er gjort for å informere pasienten, hvem som er faglig ansvarlig og har foretatt vurderingen og det må opplyses om klageadgang. Det er videre bestemt at avgjørelsen, om mulig, straks skal legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. At avgjørelsen er godt begrunnet og straks skal gjøres

kjent er viktig for pasientens rettsikkerhet. Dersom pasienten er uenig i helsepersonellens avgjørelse kan pasienten eller dennes representant påklage avgjørelsen jf. pbrl. § 7-2.

Videre er det slik at pasientens nærmeste pårørende får selvstendige rettigheter til informasjon og medvirkning der pasienten mangler samtykkekompetanse jf. pbrl. § 3-1 tredje ledd og § 3-3 annet ledd.

Opplysninger om pasientens samtykke skal nedtegnes i pasientjournalen, jf. forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstav c og j.

### 3. Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlig psykisk lidelse

#### 3.1 Dagens praksis og kunnskap på området

Det meste av behandling av psykiske lidelse i det psykiske helsevernet er basert på pasientens samtykke. Hvorvidt pasienten har samtykkekompetanse er derfor noe som helsepersonell i det psykiske helsevernet allerede skal vurdere.

I NOU 2011:9 vedlegg 4 foretas en begrenset kartlegging av dagens bruk og forståelse av samtykkekompetanse.<sup>3</sup> Det fremgår da at: «De fleste skriver at begrepet (samtykkekompetanse) ikke er godt kjent, ikke er godt innarbeidet, eller at de ikke har sett dokumentasjon av samtykkekompetansevurderinger, til tross for at begrepet anses som sentralt i helselovgivningen, spesielt i somatikken, men også i psykisk helsevern». Det fremkommer videre: «En antyder at vurderinger som bør ligge til grunn trolig gjøres mer implisitt og ofte uten å kalle det man gjør for «vurderinger av samtykkekompetanse», men at dette har vært et litt «uryddig farvann» hvor det er behov for opprydning og mer systematikk, bla. ved innleggelse av pasienter som er på tvungent vern uten døgnopphold, på sengeavdeling på DPS som bare tar imot frivillige pasienter».

Dersom det ikke jevnlig foretas vurderinger av samtykkekompetanse ved behandling av alvorlig psykisk lidelse, kan man risikere at ikke-samtykkekompetente pasienter blir behandlet «frivillig»:

*«Det er vårt inntrykk at selv om en pasient er vurdert å mangle samtykkekompetanse i paragrafvurderingen, fremkom det ikke betenkeligheter med å akseptere et samtykke fra den ikke samtykkekompetente pasienten til medisinerings».*<sup>4</sup>

Dette rundskrivet gir veiledning knyttet til vurdering av samtykkekompetanse. Fordi samtykkekompetanse nå er et vilkår i psykisk helsevernloven, fremtvinges en bevisstgjøring om dette feltet. Lovendringen er gitt for at tvungent vern/ tvungen behandling skal kunne benyttes overfor færre pasienter. Samtidig kan altså en bevisstgjøring få den konsekvens at noen som feilaktig behandles «frivillig», i stedet får etablert tvunget vern/ tvangsbehandling.

Det er utviklet gode og pålitelige verktøy for å vurdere samtykkekompetanse for pasienter med psykiske lidelser, men disse synes ikke å ha blitt tatt i bruk i den norske helsetjenesten i nevneverdig

---

<sup>3</sup> Av Reidar Pedersen, Senter for medisinsk etikk, UIO

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/sec11>

<sup>4</sup> Ibid s. 22

grad.<sup>5</sup> Selv om verktøyene skulle vise seg egnet i en norsk kontekst så kan de verken eliminere kvalitative og skjønnsmessige vurderinger eller forhindre at samtykkekompetansevurderinger noen ganger kan være svært utfordrende. Det er imidlertid utfordringer knyttet til reliabilitet, validitet og skjønnsutøvelse også i forhold til øvrige tvangsvilkår i psykisk helsevernloven.

### 3.2. Veiledning/ momenter i vurderingen

I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 legges til grunn. Bestemmelsen regulerer hvem som har rett til å samtykke til helsehjelp. Utgangspunktet etter første ledd er at personer over 16 år har samtykkekompetanse i helsespørsmål. Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke. For at samtykke skal være gyldig må pasienten forstå hva samtykke omfatter. Det fremgår av bestemmelsens andre ledd:

*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.*

Bestemmelsen stiller krav til årsak for bortfall av samtykkekompetansen. Samtykkekompetansen kan bare bortfalle dersom pasienten på grunn av "fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming" ikke er i stand til å forstå begrunnelsen. Ved behandling av alvorlige psykiske lidelser, vil det typisk være «psykiske forstyrrelser» som er aktuelt. En mindre reduksjon i forstandsevnen, herunder lettere alderdomssvekkelse, er ikke tilstrekkelig

Videre er det et krav at pasienten *åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter*. Med mindre det for helsepersonellet fremstår som "åpenbart" at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt til å nekte å motta behandling. Det foreligger altså en sterk presumpsjon om samtykkekompetanse, noe som innebærer at en eventuell tvil skal komme pasientens selvbestemmelse til gode.

Å vurdere samtykkekompetanse er ingen enkel oppgave, og inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser. Helselovgivningen inneholder enkelte bestemmelser om hva som skal vurderes og hvordan dette skal gjøres. Samtidig gis det rom for helsepersonells fagetsiske standarder, vurderinger og skjønn.

Det finnes flere veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, som blant annet er utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene

Det er viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i forhold til den beslutningen som skal tas og at pasientens forutsetninger for å kunne samtykke optimaliseres. Kunnskap om pasientens kliniske tilstand er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er

---

<sup>5</sup> Ibid s.

samtykkekompetent. Det er mange misforståelser knyttet til pasienters samtykkekompetanse - for eksempel:

- "pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse"
- "pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse"
- "når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger"
- "mangel på samtykkekompetanse er permanent"

Der pasienten mangler samtykkekompetanse er det alminnelig enighet om at helsepersonell og pårørendes kunnskap og synspunkter, samt pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier bør få en sentral rolle for å avgjøre hva som er i pasientens interesser. Det bør være et mål å respektere pasientens integritet og tilstrebe samarbeid, men det er problematisk hvis en i en slik situasjon baserer beslutningen kun på pasientens synspunkt siden forutsetningene for et samtykke ikke er til stede.

De ovennevnte avveiningene krever tid og rom for refleksjon og diskusjon, bl.a. for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk. Slike diskusjoner bør for det første skje sammen med annet kvalifisert helsepersonell, men det bør også tematiseres for eksempel i interne fagmøter, refleksjonsgrupper og i drøftinger med kliniske etikk-komiteer.

Det er viktig å huske at samtykkekompetanse ikke kan vurderes som manglende fordi en pasient har en gitt diagnose, for eksempel schizofreni. Det må alltid foretas en vurdering i forhold til en konkret beslutning og samtykkekompetanse kan skifte raskt.

De fleste pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil ha sin samtykkekompetanse i behold det meste av tiden. For noen kan det være perioder i livet hvor de mangler samtykkekompetanse, og da kun korte perioder, som ved akutte episoder med uttalte psykosesyntomer. Unntaksvis vil det være noen som ikke har samtykkekompetanse i en lengre periode.

Legemidler med antipsykotisk effekt er en av de behandlingsformene som kan ha god virkning på psykosesyntomer. Dersom en pasient ikke vurderes å ha samtykkekompetanse, kan behandling med legemidler redusere symptomer slik at samtykkekompetansen gjenvinnes. En pasient vil kunne få dempet eller fjernet psykosesyntomer, maniske eller depressive symptomer, og kunne «komme til seg selv», det vil si igjen bli samtykkekompetent. Hvor fort dette kan skje vil variere fra person til person, og være avhengig av blant annet hvilket legemiddel som er brukt, dosering og administrasjonsform (normalt innen uker- få måneder). Det må derfor gjøres individuelle vurderinger, og vurderinger bør skje fortløpende sammen med vurdering av effekt av legemiddel og eventuelle bivirkninger.

Det såkalte «hovedvilkåret» for tvungent psykisk helsevern, er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand. Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser faller inn under begrepets kjerneområde.<sup>6</sup>

Psykose vil i seg selv ikke tilsi at en person mangler samtykkekompetanse. En pasients tilstand kan med andre ord kvalifisere som «alvorlig sinnslidelse», selv om vedkommende har samtykkekompetanse. På den annen side kan noen (f.eks. ved psykisk utviklingshemning) mangle samtykkekompetanse, uten å ha en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand.

For pasienter med langvarige psykoselidelser kan vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» være oppfylt også på tidspunkter der pasienten ikke har aktive psykosesyntomer eller kun har noen restsyntomer. Dette følger av rettspraksis, som sier at lovens hovedvilkår sikter til *grunnlidelsen*

---

<sup>6</sup> Se Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer XXX



(diagnosen), og at lovens hovedvilkår vil være oppfylt også i situasjoner der en pasients psykose blir holdt i sjakk av antipsykotisk medikasjon, jf. Rt-2001-1481. Pasienter som har «kommet til seg selv/ tilfrisknet», vil etter denne dommen altså likevel kunne oppfylle lovens krav om «alvorlig sinnslidelse». Ved overgang til en kompetansebasert modell, får denne dommen mindre praktisk betydning: Innføringen av en samtykkebasert modell fører nemlig til et endret fokus fra diagnose/ grunnlidelse til *pasientens faktiske fungeringsnivå*. Pasienter som har tilfrisknet, vil jo oftest samtidig igjen ha blitt samtykkekompetente, og kan dermed ikke lengre underlegges tvungent vern (med mindre fare).

### 3.2.1 Samtykkekompetanse og «sykdomsinnsikt»

Det er en kjensgjerning at manglende sykdomsinnsikt er en vanlig følge av en del av de alvorlige psykiske lidelsene.

Noen pasienter under tvungent vern opplever at legemiddelbehandling ikke hjelper (fullt ut), samtidig som de opplever ubehagelige bivirkninger. Dette kan naturlig nok redusere behandlingsmotivasjonen. Noen pasienter er også feilmedisinert eller overmedisinert, slik at det som betegnes som sykdommens «symptomer», egentlig er bivirkninger av behandlingen. Skepsis til legemidler kan altså godt skyldes at pasienten opplever mer ubehag enn god virkning. Det bør utvises adskillig varsomhet med å betegne pasienters skepsis til diagnoser eller legemidler som «manglende sykdomsinnsikt». Skepsis til legemidler, begrunnet i manglende virkning og/ eller opplevd bivirkning, vil vel snarere tale for at vedkommende er samtykkekompetent. Retten til å bestemme over egen behandling, innebærer også retten til å velge det som er «feil» i behandlerens øyne:

*«Noen ganger er konklusjonen om manglende samtykkekompetanse begrunnet med at pasienten ikke var enig med vedtaksansvarliges vurdering av pasientens helsetilstand eller i behandlingen som ble forordnet. Da fremstår samtykkekompetansevurderingen som utøvelse av ren paternalisme».*<sup>7</sup>

En pasient kan ha samtykkekompetanse, selv om vedkommende ikke har sykdomsinnsikt fullt ut: Samtykkekompetanse legger vekt på hvorvidt en beslutning er et kvalifisert valg *som ikke i for stor grad er påvirket av sykdom*. Selv om ikke pasienten er enig i diagnose eller helsepersonells foretrukne behandlingsform, kan vedkommende for eksempel erkjenne et hjelpebehov, og ønske bistand/ hjelp av annen art enn det behandleren primært ønsker.

Sykdomsinnsikt forutsetter i langt større grad at pasientens valg eller tilslutning til årsaksteori og behandlingstiltak er tråd med hvilke valg helsepersonellet vurderer vil være riktig i situasjonen.

En annen forskjell er samtykkekompetansevurderingens krav om å *lete etter kompetanse og om mulig finne en måte for personen å uttrykke et kvalifisert valg på*.

### 3.2.2 Vurdering av samtykkekompetanse ved psykose

Ved vurdering av om det foreligger samtykkekompetanse ved psykose må det gjøres en individuell og konkret vurdering.

Psykosener fellesbetegnelsen på en sammensatt gruppe psykiske lidelser med det felles kjennetegnet at personen har nedsatt eller manglende realitetstestende evne (vansker med å skille mellom ytre og indre faktorer). Psykoselidelsene kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper symptomer:

---

<sup>7</sup> NOU 2011:9 vedlegg 4 s 22, Reidar Pedersen, Senter for medisinsk etikk, UIO

1) **Realitetsbrist** kan ta form av forstyrrelser i sansing (hallusinasjoner, uvirkelige sanseopplevelser) eller fastlåste og feilaktige endringer i tankeinnhold (vrangforestillinger, alvorlige og fastlåste misforståelser/feiltolkninger av omgivelsene).

2) **Reduksjon eller et bortfall av normale funksjoner** kalles ofte negative symptomer. De negative symptomene kan være vanskelig å skille fra depresjonsutvikling (postpsykotisk depresjon), eller fra bivirkninger av spesielt de «gamle» typene antipsykotiske legemidler.

3) Mange kan også oppleve **andre typer symptomer som angst, depresjon (affektforstyrrelser) eller kognitive (tankemessige) vansker**. Det kognitive funksjonsnivået er vanligvis redusert sammenlignet med før sykdommen debuterte.

Psyko-seutviklingen innebærer ofte at de mer basale funksjonene, som gjør at vi opplever oss som individer, selvpoppfatningen, blir annerledes enn vanlig.

Psykose er en fluktuerende lidelse, og sannsynligvis i enda større grad hos unge personer. Symptomer kan også øke og minske i grad, avhengig av opplevd stressnivå og andre faktorer. Funksjonsnivået gjenspeiler ikke alltid psykosnivået. Psykoser kan betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser.

De ulike fasene er:

- Prodromalfase (forvarsel fase)
- Aktiv ubehandlet fase
- Aktiv behandlet fase
- Remisjonsfase
- Tilbakefallsfase

Behandler må vurdere hvilken sykdomsfase pasienten er i. I en aktiv ubehandlet fase vil mange ikke være samtykkekompetent, mens i en prodromal fase og en remisjonsfase vil de fleste være samtykkekompetente. Hvor mye pasienten agerer på de psykotiske symptomene kan være avgjørende for vurderingen av samtykkekompetanse. For eksempel vil det være forskjell på om pasienten utfører handlinger basert på psykotiske befalinger, eller ei.

Når pasienten selv skjønner at noe er unormalt og ber om (helse)hjelp, er vedkommende oftest samtykkekompetent.

### **Kognitive vansker ved psykose**

Kognitive vansker ses ofte ved psykoser. Kognitive vansker kommer vanligvis til uttrykk som problemer med å ta inn og bearbeide informasjon om omverdenen. Et flertall av personer med en schizofrenidiagnose har kognitive vansker. Kognitive vansker ved psykose er ikke det samme som nedsatt evnenivå eller intelligens. Vanskene skyldes ikke legemidler eller psykosesyntomer, men observeres før utviklingen av psykose og etter at symptomene er stabilisert gjennom behandling.

Kognitive vansker er isolert sett ikke grunnlag for manglende samtykkekompetanse.

### **Akutte og forbigående psykoser**

Akutte og forbigående psykoser har som fellestrekk at de starter akutt hos en person som lever et (relativt) velfungerende liv. Symptomatologien er blandet. Det forekommer ofte en følelsesmessig ustabilitet og psykomotorisk uro. Dette kan være så uttalt at pasienten noen ganger kan fremstå som forvirret. I den akutte fasen vil pasienten oftest fremstå som svært preget av den psykotiske

tilstanden, men med behandling vil symptomene imidlertid gå raskt over. Uten behandling vil dette ta noe lengre tid. Personen gjenvinner også relativt raskt det vanlige funksjonsnivået sitt og dermed samtykkekompetanse dersom den har vært svekket/fraværende.

### **Rusutløste psykoser**

Ved rusutløste psykoser er symptomene framkalt av den relativt umiddelbare effekten av kjemiske substanser. Psykosesymptomene oppstår vanligvis noen timer eller dager i etterkant av inntak av det respektive stoffet. Alternativt kan symptomene skyldes fravær av et stoff som gir en avhengighet, og dermed kan symptomene være et resultat av abstinens.

Typiske symptomer ved rusutløste psykoser er visuelle hallusinasjoner, men ofte også hallusinasjoner knyttet til flere sansemodaliteter. Ellers kan vrangforestillinger oppstå, gjerne av paranoid natur. Videre kan motoriske forstyrrelser, desorientering, forstyrret affekt og økt angst inntreffe. Hvordan symptombildet utarter seg, vil vanligvis være avhengig av type og mengde av stoffet som er inntatt. Vanligvis vil psykosesymptomene ikke vare lenger enn en uke ved fravær av rusmiddelbruk, og pasienten bør være i delvis bedring etter en måned. Det finnes noen unntak for personer med vedvarende rusmiddelbruk, der psykosesymptomene kan vare lengre.

En pasient med en rusutløst psykose vil kunne ha manglende samtykkekompetanse under den akutte fasen. Dersom det ikke foreligger en underliggende primærpsykose vil symptomene ofte være kortvarige og pasienten vil gjenvinne samtykkekompetansen relativt raskt.

### **Oppsummering:**

Det er altså ikke symptomene i seg selv, men det er hva pasienten selv tenker om symptomene og hvordan det påvirker handlingsmønsteret (atferd og tanke måte) som har betydning for avgjørelsen om samtykkekompetanse. For eksempel kan en pasient med avgrensede hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger være samtykkekompetent.

Det som bør ligge til grunn ved vurderingen er hvorvidt pasienten klarer å huske, gjengi og å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp. Videre om pasienten klarer å resonnerer selv ved å vurdere de ulike alternativene opp mot hverandre, samt vurdere konsekvensene av sine valg.

Spørsmål som kan være aktuelle å spørre pasienten om for å klargjøre dette er:

- Hva kan jeg hjelpe deg med?
- Har du behov for behandling?
- Hvordan tror du behandlingen vil virke på deg?
- Hvorfor synes du ditt alternativ er bedre enn det (legen, familien) foreslår?
- Kan du fortelle med dine ord hva vi har diskutert om helsen/situasjonen din?
- Har du bestemt hva du vil gjøre?

Disse spørsmålene kan avdekke grad av realitetsbrist.

Det bør også innhentes informasjon fra pårørende og/eller andre i pasientens nettverk, som for eksempel ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Før vedtak om tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern, har nærmeste pårørende rett til å uttale seg.

Dersom man er usikker på om en pasient er samtykkekompetent, når tiden for observasjon er ute, må man legge til grunn at pasienten er samtykkekompetent, jf. kravet om at kompetansen kun bortfaller når vedkommende «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

### 3.2.3 Vurdering av samtykkekompetanse ved bipolar lidelse

Bipolare lidelser er psykiske lidelser kjennetegnet av en eller flere avgrenset episoder med utpreget endring i stemningsleiet i form av hevet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie eller overaktivitet. I tillegg vil de aller fleste ha en eller flere episoder med klinisk depresjon. Det varierer mye hvor intense og langvarige de oppstemte episodene er.

Ved **mani** er stemningsleiet hevet langt utover det som harmonerer med forholdene, og i en grad som gjør at funksjonsevnen er nedsett. Personen kan være oppstemt, men også irritabel og utflytende. Det psykomotoriske tempoet er økt, og atferden kan være preget av nedsett dømmekraft. Manien kan ha psykotiske symptom i form av vrangforestillinger. Man kan også se formelle tankeforstyrrelser der talen blir uforståelig for andre, og hallusinasjoner kan være til stede. Ved mani er de oppstemte episodene så uttalte at de i stor grad går ut over evnen til å fungere i dagliglivet.

Ved **hypomani** har personen mange av de symptomene på mani, men de er mindre uttalte og gir mindre nedsett funksjonsevne. De oppstemte episodene er forholdsvis milde og går ikke i vesentlig grad ut over funksjonsnivået. Det er aldri psykotiske symptom til stede.

**Depresjonen** ved en bipolar lidelse kan være av psykotisk grad. Det er da vanlig med vrangforestillinger om skyld, straff og fortapelse, men økt mistenksomhet, hallusinasjoner, og vrangforestillinger om forfølgelse kan også forekomme.

Bipolare lidelser er langvarige og forløpet til bipolare lidelser varierer i stor grad. Pasientene kan gjennomgå depresjon, hypomani, mani eller blanda episoder og kan ha perioder med få symptom eller heilt symptomfrie perioder. Mange pasienter med bipolar lidelse kan ha høyt funksjonsnivå og leve godt med lidelsen, mens andre kan bli alvorlig syk med stort funksjonstap.

Som ved psykose må det gjøres en individuell og konkret vurdering om en pasient med bipolar lidelse er samtykkekompetent i en gitt situasjon. På bakgrunn av det overforstående, er det likevel grunnlag for å gi følgende generelle føringer:

- en pasient med hypomani er som hovedregel samtykkekompetent
- en pasient med mani, herunder med psykotiske symptomer, er som hovedregel ikke samtykkekompetent
- en pasient med alvorlig depresjon, herunder med psykotiske symptomer, er som hovedregel ikke samtykkekompetent

Det vises for øvrig til kap. 3.2.2 om vurdering av samtykkekompetanse ved psykose.

### 3.2.4 Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige spiseforstyrrelser

Pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse vurderes å ha en alvorlig sinnslidelse<sup>8</sup> og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, må som hovedregel anses å mangle samtykkekompetanse.

I dom av 25. august 2015, jf. Rt-2015-913 la Høyesterett til grunn at anoreksi i enkelte tilfeller kan karakteriseres som en «alvorlig sinnslidelse». Høyesterett la til grunn av vedkommende på grunn av sin sykdom hadde en

---

<sup>8</sup> Se Kommentarer til psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften XX og Retningslinje for behandling av spiseforstyrrelse XX kap. XX

«alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av egen kropps utseende, vekt og fungering og av de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn hun trenger. Hennes vrangforestillinger er så dominerende og styrende at hun, om hun får anledning, tar til seg så lite næring at det er livstruende».

Høyesteretts uttalelser gjaldt spørsmålet om alvorlig sinnslidelse, men støtter også vurderingen ovenfor om manglende samtykkekompetanse.

### 3.2.5 Vurdering av samtykkekompetanse ved psykisk utviklingshemning

Personer med alvorlig/dyp utviklingshemning har ikke samtykkekompetanse i forhold til helsehjelp. For personer med lett til moderat utviklingshemning og/eller autisme må det gjøres en konkret vurdering av samtykkekompetanse i hver enkelt sak. Det er samtykkekompetansen til den aktuelle helsehjelpen som skal vurderes. Det vil si at samtykkekompetanse kan vurderes noe ulikt ut fra hvilken helsehjelp som skal ytes, for eksempel en enkel problemstilling som engangs behandling med ett legemiddel, versus en mer komplisert problemstilling som etablering av tvunget vern.

### 3.2.6 Vurdering av samtykkekompetanse ved demens

Tekst fra overlege Green.

## 3.3 Hvor hyppig bør samtykkekompetanse vurderes

Samtykkekompetanse skal alltid vurderes når det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling (når ikke fare). Status for samtykkekompetansen må da også vurderes ved tre måneders kontroller, i forbindelse med søknad om ett års forlengelser og ved fornying av vedtak om tvungen behandling.

I psykisk helsevern vil samtykkekompetansen (normalt) gradvis endre seg som følge av den behandlingen som gis. Faglig ansvarlig må derfor løpende gjøre vurderinger av om pasienten som følge av dette kan ha gjenvunnet samtykkekompetansen i forhold til vernet eller behandlingen. Der pasienten opplever bedring, bør derfor samtykkekompetansen undergis en fornyet gjennomgang og vurdering av faglig ansvarlig. Vurderingen bør nedtegnes.

Ved rusutløste tilstander der man har vurdert at samtykkekompetanse ikke foreligger bør det foretas en løpende vurdering, men ny vurdering bør gjøres minimum hver 8. time.

### 3.3.1 Forhold som kan påvirke samtykkekompetansen

En rekke *legemidler* kan påvirke den kognitive funksjonen. Bruk av legemidler må derfor vurderes opp mot eventuell redusert samtykkekompetanse. Dette vil gjelde både legemidler som påvirker den kognitive funksjonen mer akutt, som bedøvende, søvngivende og beroligende legemidler, men det gjelder også bruk av legemidler som er en del av behandlingen for den psykiske lidelsen, som antipsykotika.

Når pasientens samtykkekompetanse fluktuerer på grunn av *alkoholpåvirkning*, må samtykkekompetanse i relasjon til aktuell helsehjelp vurderes dersom/når pasienten er edru.<sup>9</sup> § 4-4 femte ledd er nytt og har bestemmelser om obligatorisk undersøkelsestid før vedtak om tvangsmedisinering kan fattes. Gjeldende bestemmelse er endret slik at undersøkelsestiden som hovedregel skal være minst fem døgn i stedet for minst tre døgn slik den var etter tidligere bestemmelse. Årsaken til forlengelsen er å kunne forhindre unødig oppstart av legemiddelbehandling, der psykosen uansett etter noen dager går over (samtykkekompetanse gjenoprettes).

<sup>9</sup> Jf. Hedmarken tingretts dom av 14. juli 2014 – Saksnr.: 14-081513TVI-HEDM

### 3.4 Vurdering av samtykkekompetanse ved ulike vedtak

Samtykkekompetanse kan være til stede på noen områder, men ikke andre. For eksempel kan en pasient mangle samtykkekompetanse i forhold til psykisk helsehjelp, mens pasienten kan vurderes å ha samtykkekompetanse til somatisk behandling.

Vurdering av samtykkekompetanse ved vedtak om tvungen observasjon/ tvungen vern vil kunne være annerledes enn for vurdering av samtykkekompetanse ved tvungen behandling hos samme person, men da mer unntaksvis. Det må gjøres en skjønnsmessig vurdering.

## 4. Brukerstemme

(eller ev. klippe inn i 3.2)

I en rapport om hvordan pasienter opplever tvungen vern<sup>10</sup> fremgår om hvordan psykose oppleves: *«Flere deltagere fortalte om psykose og hvordan noen av dem har en annen forståelse av psykose enn det behandlingsapparatet har. I dette ble det brukt et bildespråk og symbolspråk der det å få være kreativ, jobbe med selvforståelse og åndelighet ble vektlagt».*

En beskrev hvordan psykose er en prosess man må jobbe seg gjennom:

*«..Når de tvangsmediserer meg gjør de meg «frisk» for fort, jeg blir ikke hel. Du må kjempe den kampen selv – psykosen er en indre konflikt. Når du selv får tid til den kampen, og slipper trusler om medisinerer kan du bli hel igjen. Medisinene stagnerte meg».*<sup>11</sup>

## 5. Behandlingstiltak ved alvorlig psykisk lidelse

Rett til helsehjelp består, selv om ikke tvungen vern/ tvangsbehandling er aktuelt, og selv om pasienten ikke ønsker det som er behandlerens førstevalg. Brukermedvirkning er et bærende prinsipp i behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser eller andre alvorlige psykiske lidelser. Brukermedvirkning øker pasientens opplevelse av kontroll og bidrar til å sikre verdighet.

I en rapport om hvordan pasienter opplever tvungen vern<sup>12</sup> fremgår at flere pasienter var betenkte over at støtte og hjelp ble trukket tilbake når man gikk fra tvungen til frivillig behandling: *«..å ha de er veldig viktig for meg, de bør ikke måtte trekke seg ut når jeg begynner å finne fotfeste, da trenger jeg de fortsatt veldig».*<sup>13</sup> Det fremgår videre av rapporten at den hjelpen som erfares positiv og støttende er *«..praktisk hjelp i hverdagen, muligheten for innleggelse ved behov og etter eget ønske, kontakt med behandler/ helsepersonell som en er trygg på, likeverdige samtaler, det «å ha folk rundt seg» og meningsfulle aktiviteter i hverdagen».*<sup>14</sup>

Tjenestene som tilbys skal være kunnskapsbaserte og av god kvalitet. Uavhengig av valg av behandlingsmetode eller oppfølging, er viktige elementer en tillitsfull relasjon, og et forløp preget av kontinuitet, forutsigbarhet, samtidige og helhetlige tjenester.

<sup>10</sup> Rapport 3/2016, KBT Midt-Norge «Jeg er redd jeg aldri skal komme meg ut av dette».

<sup>11</sup> Ibid s 27

<sup>12</sup> Rapport 3/2016, KBT Midt-Norge «Jeg er redd jeg aldri skal komme meg ut av dette».

<sup>13</sup> Ibid s. 25

<sup>14</sup> Ibid

Det fins flere behandlingsmetoder å velge mellom i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser som ikke er legemidler. Følgende metoder er anbefalt:

- Psykoterapi
- Miljøterapi
- Familiesamarbeid
- Kognitiv trening knyttet til ferdigheter innen daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse
- Sosial ferdighetstrening
- Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi
- Musikkterapi

Disse behandlingsformene kan omtales som psykososial behandling, og er også relevante for andre målgrupper enn personer med psykoselidelser.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>

## 6. Overprøving/ klage på vurdering av manglende samtykkekompetanse

Vurderingen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse må – på samme måte som øvrige vilkår om tvang -dokumenteres på en måte som gjør at kontrollkommisjon/ fylkesmann og domstol kan overprøve dette. Grunnleggende krav til saksbehandling ved samtykkevurdering ligger i § 4-3 fjerde ledd.

Kontrollkommisjonen skal overprøve dette vilkåret ved 3. mnd. vurdering, årskontroll og ved klage på tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern. Kommisjonen kan i praksis også måtte overprøve faglig ansvarliges beslutning om at en pasient *har samtykkekompetanse*, for eksempel dersom nærmeste pårørende påklager vedtak om ikke-etablering eller opphør av tvungent vern. Dersom pasienten er uenig i faglig ansvarliges avgjørelse om manglende samtykkekompetanse kan pasienten eller dennes representant påklage avgjørelsen til fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

Praktisk gjøres dette ved at klagen rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til personellet overordnede eller til virksomheten som sådan. Pårørende kan i den utstrekning loven bestemmer opptre som representant, jf. § 7-2 fjerde ledd og kapittel 4. Ut over dette må pasientens pårørende legge frem skriftlig fullmakt. Dersom det ikke gis medhold i klagen sendes den videre til Fylkesmannen som rette klageinstans.

Dersom pasienten er uenig i vedtaket om undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan det påklages til fylkesmannen etter bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-4 syvende ledd.