

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300373

Dato: 01-11-2023

Høring: Rapport fra ekspertutvalget som skulle evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalget)

Legeforeningen viser til høringsbrev av 29.6.2023 vedrørende rapporten «Bedre beslutninger, bedre behandling» fra Samtykkeutvalget. Rapporten har vært på høring hos Legeforeningens underforeninger og høringsuttalelsen er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen.

Legeforeningen vil innledningsvis berømme utvalget for et svært godt arbeid. Virkelighetsbeskrivelsen stemmer med den våre foreningsledd rapporterer om, kompleksiteten i problemstillingene er godt beskrevet og utvalget foreslår en rekke gode tiltak som Legeforeningen har tro på at vil kunne bidra til en forbedring.

Det er en realisme i denne rapporten som Legeforeningen savnet i de foregående høringene med samme tematikk i 2019 og 2021. Vi viser her til våre høringsuttalelser fra disse tidligere høringsrundene¹. En viktig forskjell fra Tvangslovsutvalget er målsetningen Samtykkeutvalget legger frem. I høringene av 2019 og 2021 gav Legeforeningen uttrykk for en bekymring for at de endringene man da foreslo var basert på ideologi, ikke kunnskap, og ville medføre at personer som var alvorlig syke ikke fikk den hjelpen de hadde behov for. Samtykkeutvalget er tydelige på at målet er å sikre behandling av god kvalitet til personer med psykiske lidelser, og at man skal sikre en riktig bruk av tvang. Legeforeningen støtter at dette tas inn i formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven slik som utvalget foreslår.

Legeforeningen støtter utvalgets beskrivelse av at helsetjenestens mulighet til å ivareta pasienter på en god måte innenfor rammene av en kompetansebasert modell begrenses av mangel på både kompetanse, ressurser, samhandling og frivillige behandlingsalternativer. Legeforeningen er bekymret for den svært krevende ressursituasjonen som beskrives, særlig i psykiatrien. Det er store kapasitetsutfordringer og foreslåtte endringer må ses i sammenheng med den faktiske situasjonen tjenestene står i. Det rapporteres om høy avslagsprosent i psykisk helsevern, og at det er et trangt nåløyne for å motta behandling på døgnbasis. God kapasitet og tilstrekkelige ressurser vil øke sannsynligheten betydelig for at man skal oppnå den ønskede effekt av planlagte tiltak, og kunne også tenkes å styrke kvaliteten i helsetjenesten som den er. Samtykkeutvalget behandler dette temaet i rapportens punkt 13.6.1: "Styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til personer med

¹ [legeforeningens-hoeringsuttalelse-nou-2019-14-tvangsbegrensningsloven.pdf](#) og [hoering-oppfolging-av-forslagene-til-tvangslovutvalget.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

alvorlig psykisk lidelse", men som et tiltak sidestilt med de øvrige. Legeforeningen vil understreke at styrking av kapasitet og ressurser er et tiltak de andre tiltakene er avhengige av. Vi vil her særlig trekke frem utvalgets forslag om å øke antall døgnplasser i psykisk helsevern.

Det er bekymringsverdig store problemer med både å beholde og rekruttere fagpersoner i psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette er naturligvis sammensatt, men vi vil peke på enkelte sider av dette. Fagpersoner opplever at de ikke gis tilstrekkelig tid og rammer til å kunne gjøre det arbeidet de mener ville vært det beste for pasientene. Mange opplever å utføre mye administrativt arbeid som oppleves som å stå i direkte motstrid med det man som fagperson opplever som meningsfylt arbeid og riktig bruk av tid. Det er en stor belastning å måtte gå på akkord med det man opplever som en riktig bruk av sin kompetanse. Vi vil her særlig trekke frem at økte krav til dokumentasjon må veies opp mot ulempene den økte tidsbruken gir. Slikt administrativt arbeid tar tid fra det direkte pasientarbeidet, noe som kan være særlig uheldig i et fag der det er mangel på kompetent personell. Det må sikres tilstrekkelig med støttefunksjoner, for eksempel sekretærer.

Utvalget beskriver en økning i antall tvangsvedtak og en tendens til at enkeltpasienter re-innlegges som følge av svingninger i samtykkekompetansen. Disse beskrivelsene stemmer med det inntrykket vi har. Det er bekymringsverdig at noen pasienter med psykoselidelse har fått en forverring av prognose som følge av at behandlingen har vært oppstykket, og at det har vært diskontinuering i behandlingen i form av av-og-på-medisinering av antipsykotika. Det er kjent at denne oppstykkede medisineringsen kan bidra til behandlingsresistens, som representerer en bekymring i fagfeltet etter lovendringen.

Fra fastlegene beskrives at utviklingen innen psykisk helsevern etter 2017 har ført til at kommunehelsetjenestens ansvar for personer med alvorlig psykisk lidelse har økt i omfang og kompleksitet. Terskelen for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten ser ut til å ha blitt høyere og man ser tendenser til økende «svingdørproblematikk» innenfor noen pasientgrupper. Samtykkevilkåret og praktiseringen av dette kan ha bidratt til denne utviklingen, men hovedutfordringene ser ut til å være knyttet til kapasitet, kompetanse, samhandling og informasjonsflyt. Registerdata viser at døgntilbudet i spesialisthelsetjenesten i økende grad preges av korttids- og akuttbehandling og at en stor andel av de pasientene som tas imot er vurdert som aktuelle for tvungent vern av henvisende lege. Likevel er det svært mange som raskt skrives ut igjen uten videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Reinnleggelsesraten er høy, og det er også en større gruppe av pasienter med gjentatte tvangs- og akuttinnleggelser. Kommunehelsetjenesten erfarer at pasientenes helsetilstand og evne til å klare seg i egen bolig i kommunen påvirkes negativt av mange inn- og utskrivinger. Kommuneoverleger erfarer at pasienter som fremstår med lav kognitiv funksjon og forhøyet voldsrisiko, hvor evnen til å forstå og ta informerte beslutninger er nedsatt, likevel oppfattes som samtykkekompetente.

Samtykkeutvalget foreslår en rekke ulike tiltak for å bedre denne situasjonen. Som vi allerede har vært inne på ligger endring i kapasitet og ressursituasjon som et premiss for de øvrige tiltakene.

Det kan virke som at det strenge beviskravet ("åpenbart") bidrar til tendensen til hyppigere re-innleggelser. Legeforeningen er derfor enig i at pbrl. § 4-3 bør endres fra "åpenbart" til "overveiende

sannsynlig". Legeforeningen støtter også at man fjerner sykdomskravet (diagnosene) fra bestemmelsen og at det tydeliggjøres at man i vurderingen av samtykkekompetanse også skal vurdere pasientens evne til å se konsekvensene av sitt valg. Vi vil her understreke betydningen av gode hjelpeverktøy og opplæring for å sikre at lovendringer gjøres kjent og operasjonaliseres i tjenestene. Fordi denne endringen rent lovteknisk er foreslått i pasient- og brukerrettighetsloven vil den få betydning også for andre pasienter enn de som mottar hjelp etter psykisk helsevernloven. I forkant av en eventuell lovendring må det derfor utredes hvilken betydning en slik endring vil få og om endringen også er ønskelig for andre pasienter.

Det er grunn til å tro at forskjellene i praktiseringen av regelverket kan avhjelpes ved å sikre økt kunnskap om vurderingene som skal gjøres og ved å sikre gode verktøy som hjelp. Legeforeningen er enig i at de nasjonale faglige rådene for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne som kom i 2021, er lite kjent og lite brukt i klinisk praksis. Vi støtter derfor utvalgets anbefalinger om koordinert implementering i alle deler av helsevesenet, med lokalt fokus for helseforetak med tilhørende kommuner. Legeforeningen støtter forslaget om at Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og et verktøy for vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern, med særlig oppmerksomhet mot den kliniske vurderingen og rettledning i å vurdere konsekvensene av pasientens valg og farevilkåret dersom pasienten er beslutningskompetent. Legeforeningen mener det er bekymringsverdig at det er ulikhet i praktiseringen av regelverket og at et slikt verktøy vil kunne avhjelpe dette. Det er viktig at man da sikrer at alle, både i kommunehelsetjenesten, på sykehusene og i psykisk helsevern, får opplæring i dette og at verktøyet bør inngå i maler i journalsystemer og gjøres tilgjengelig på relevante elektroniske verktøy til innleggende leger (for eksempel Legevakthåndboken og Norsk elektronisk legehandbok). Det er viktig å sikre en felles situasjonsforståelse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når dette mangler blir samarbeidet omkring utfordrende pasienter svært krevende. Et felles verktøy kan forhåpentligvis bidra positivt til denne felles forståelsen. Vi vil minne om at dersom man skal sikre at næringsdrivende fastleger gjennomfører slike kurs må det legges til rette økonomisk for det.

Legeforeningen støtter utvalgets forslag om at man styrker kompetansekrav og opplæring gjennom helsefagutdanninger når det gjelder blant annet vurdering av samtykkekompetanse. Psykiatere og leger i spesialisering i psykiatri bør sikres opplæring i vurdering av samtykkekompetanse.

Legeforeningen støtter forslaget om at Helsedirektoratet får ansvar for å avklare rammeverket for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om rolle- og ansvarsfordeling for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Formålet med avklaringen bør være å se nærmere på hvordan pasienter underlagt TUD kan ivaretas bedre, og å tydeliggjøre grenseflater mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av disse pasientene. Legeforeningen vil også påpeke at lovverket per i dag umuliggjør et hensiktsmessig samarbeid omkring denne pasientgruppen. Per i dag har kommunene ikke adgang til å benytte tvangstiltak overfor pasienter med TUD. En endring av rammeverket/lovverket vil imidlertid også kunne få den konsekvens at kommunene må tilpasse tjenestene til en ny pasientgruppe. Et økt ansvar til kommunene for denne pasientgruppen vil trolig kreve vesentlig mer ressurser.

Når det gjelder "fare-kriteriet" viser utvalget at det er grunn til å tro at dette ikke benyttes i alle tilfeller der det er relevant. Rapporten beskriver hvordan farekriteriet ikke er tilstrekkelig forstått av klinikere mange steder, noe som godt illustrerer behovet for økt opplæring og forståelse for lovens tekst. Loven skal anvendes av helsepersonell, noe som stiller særlige krav til klart språk, også fordi konsekvensene av loven er store for pasientene. Når det gjelder "fare-kriteriet" er det åpenbart en rekke utfordringer knyttet til samarbeidet på tvers av sektorer – særlig mellom politi og helsetjenesten. Legeforeningen støtter de tiltakene som foreslås og vil særlig fremheve at det er grunn til å utrede rammene for taushetsplikten mellom politi og helsetjeneste. Det er klare dilemmaer her med tanke på å bevare tilliten til helsetjenesten samtidig som samfunnet skal vernes, men det er viktig å sikre at det ikke er unødvendig usikkerhet om hvilke tilfeller som tillater deling av informasjon og ikke. Dette vil en utredning og klare retningslinjer kunne bidra til. Legeforeningen støtter forslaget om å presisere anledningen man har til å dele informasjon med samarbeidende helsepersonell også dersom pasienten motsetter seg slik informasjonsdeling. På samme måte som overfor politiet, er det viktig å unngå unødvendig tvil her.

Legeforeningen er enig i at det ikke behøver å fattes vedtak om bruk av tvang dersom pasienten ikke yter motstand mot tiltaket. Her er vi enige med utvalget i at reglene bør være tilsvarende de for somatiske pasienter, altså at reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 bør gjelde også for psykiatriske pasienter. Vi støtter derfor en oppheving av pbrl. § 4-3 femte ledd og endre phvl. §§ 2-1 og 4-4. Det er viktig at begrepet "motstand" defineres og at det lages gode veiledere slik at man unngår unødvendig tvil om når man skal fatte vedtak om tvang. Vurdering av motstand bør også tas inn i det verktøyet som skal lages for å vurdere samtykkekompetanse. Vi vil her også understreke at disse faglige hjelpemidlene må være detaljerte i sin omtale av typetilfeller. Det vil fort oppstå tvil om hvordan man forholder seg til for eksempel ambivalente pasienter og hvor ofte man da må fatte vedtak.

Samtykkeutvalget foreslår å endre begrepet "samtykkekompetanse" til "beslutningskompetanse". Legeforeningen støtter ikke dette. Vår motstand har flere grunner. Samtykke og samtykkekompetanse er begge begreper som er innarbeidet, allmenkjent og som fungerer på begge målformer. Det betyr at man både i klinikken og i jussen har benyttet disse begrepene i årevis. En endring innebærer ikke bare at man muntlig bruker det nye begrepet, men at alle relevante lover, forskrifter, veiledninger, rundskriv, informasjonsmateriell, maler o.l. må gjennomgås og endres. Dette vil være ressurskrevende mange steder. Slik vi ser det må utgangspunktet være at man ikke endrer innarbeidede begreper uten at det er en åpenbar gevinst å hente på å gjøre det. Det er etter det vi kjenner til ingen som har tatt til orde for at det er selve ordet "samtykke" som gjør vurderingen av pasientenes kompetanse vanskelig. Slik vi forstår det er det selve vurderingen av pasientens kognitive evner som er vanskelig; evner hen å sette seg inn i sitt behov for helsehjelp og vurdere konsekvensen av å takke nei til hjelpen? Når problemet ikke er begrepet, er heller ikke løsningen på problemet å endre ordbruken. Det er andre tiltak som er foreslått for å avhjelpe problemet; for eksempel å utarbeide et verktøy til å hjelpe med vurderingen av samtykkekompetanse.

Slik vi oppfatter det er begrunnelsen for å endre begrepet at man har ment "beslutning" er et mer dekkende eller bedre begrep. Det kan hende det er et mer riktig begrep i noen sammenhenger, men vi vil innvende at det i andre tilfeller er langt mindre treffende. Samtykkeutvalget har blant annet

foreslått å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Forslaget går ut på å endre slik at første setning som i dag er "Rett til å samtykke til helsehjelp har(...)" blir til "Rett til å *treffe beslutning om helsehjelp har...*". Etter Legeforeningens mening er dette et langt mindre treffende begrep. Det å ha en rett til å *treffe beslutning* om helsehjelp er etter vår mening noe annet enn å ha rett til å *samtykke* til helsehjelp. Vi mener det blant annet kan forveksles med en rett til å bestemme hvilken helsehjelp som skal ytes, hvilket omfang, hvilke medikamenter ol. Vi mener altså det er grunn til å tro at man ved å endre på denne måten skaper nye uklarheter og at gevinsten er langt fra åpenbar.

Vi vil også nevne at begrepet samtykkekompetanse kommer av kravet om "informert samtykke" som ligger til grunn for all helsehjelp. Begrepet brukes internasjonalt om det å takke ja til tilbud om helsetjenester. Begrepet samtykke benyttes også innen andre rettsområder; for eksempel personvern og strafferett.

Det er krevende å være pårørende til alvorlig psykisk syke mennesker. Alvorlig psykisk syke trenger forutsigbare helse- og velferdstjenester, slik at pårørende makter å være en gode støttespillere over tid. Legeforeningen støtter tiltakene som er foreslått for pårørendeinvolvering. Utvalget foreslår å lovfeste en plikt for spesialisthelsetjenesten til å ha en pårørendeansvarlig. Legeforeningen mener tiltaket er godt, men at lovfesting av dette kravet er en detaljstyring av tjenestene som kan være uheldig ved at det blir en tvunget prioritering. Dersom dette innføres bør det vurderes om "pårørendeansvarlig" skal ha en rolle i forbindelse med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Dette for å sikre at informasjon fra pårørende innhentes som en del av det samlede beslutningsgrunnlaget for et vedtak. Dette er særlig viktig for å sikre at unntaket fra kriteriet om manglende samtykkekompetanse faktisk blir vurdert av vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget beskriver i kapittel 9 situasjonen fra kommunehelseperspektivet på en måte som er svært gjenkjennelig. Ulike ressurser, ulike medisinskfaglige og juridiske rammer samt uforutsigbar praksis for samhandling har gjort arbeidet med alvorlig psykisk syke vanskeligere i kommunene. Det er helt nødvendig med tilstrekkelige ressurser til kommunene for å kunne gi disse pasientene forsvarlig og omsorgsfull hjelp. I tillegg må rammene for samhandling tydeliggjøres og forplikte partene. For eksempel bør regelverket for klager når spesialisthelsetjenesten ikke å etablerer tvungent helsevern, når det er begjært fra annen offentlig instans tydeliggjøres.

Legeforeningen vil nevne at vi er kjent med at kommuneoverleger som har fattet vedtak om tvungen legeundersøkelse, har vært utsatt for trusler og alvorlig vold. Vi velger å nevne dette for å vise at det noen ganger ikke er ufarlig å være offentlig myndighet og vedtaksfatter etter psykisk helsevernloven i kommunen. I mange kommuner er ansvaret for å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse ved kommuneoverlegens fravær delegert til stedfortreder, og til legevaktlege på kveld og helg. Den som fatter vedtaket skal oppgi eget navn, og skjemaet har rubrikk for telefonnummer til den som fatter vedtaket. Mange fører på eget telefonnummer. Pasienten skal få kopi av vedtaket, og det skal følge med papirene ved begjæring om tvungent psykisk helsevern ved innleggelse. Det er alvorlig at leger blir utsatt for trusler og vold når de utfører rollen som offentlig myndighet og det bør vurderes/hensyntas når tvangslovgivningen gjennomgås.

Utvalget beskriver behov for et bedre kunnskapsgrunnlag og anbefaler praksisnær forskning på frivillige behandlingsalternativer i psykisk helsevern. Det er ønskelig at også kommunene oppfordres til å bidra til dette. Legeforeningen støtter etablering av arenaer for felles kompetansebygging og systematisk refleksjon rundt klinisk praksis på tvers av forvaltningsnivåene. Vi viser til erfaringer med systematisk trening i samhandling mellom kommuner og helseforetak etter plikt i Akuttmedisinforskriften. Den viktigste grunnen til å ha samtrening er å bedre pasientsikkerheten. Det er forsket på at situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap og tillit henger sammen med kliniske resultater.

Som Legeforeningen har fremholdt i høringene både i 2019 og 2021 er det svært viktig at man i det videre arbeidet med dette involverer relevante fagpersoner. Som nevnt innledningsvis mener Legeforeningen at Samtykkeutvalget har truffet godt på mange av sine beskrivelser og tiltak, noe som nok blant annet skyldes at det er bredt sammensatt. Likevel mener Legeforeningen man burde hatt allmennmedisinsk kompetanse i utvalget.

Som det fremgår av denne høringsuttalelsen er Legeforeningen langt mer positiv til forslagene fra Samtykkeutvalget enn til forslagene fra Tvangslovutvalget. Legeforeningen mener det er viktig at man nå gjennomfører mange av tiltakene Samtykkeutvalget foreslår og avventer hvilken effekt disse har, før man eventuelt gjør ytterligere endringer. Vi vil understreke at ressurs- og bemanningssituasjonen i både kommunehelsetjenesten og psykiatrien er skjør, noe som i seg selv gjør at det er krevende å innføre endringer. Dette taler for en tilbakeholdenhet med å gjøre for mange endringer av gangen. Vi vil også understreke viktigheten av at man evaluerer de endringene som gjøres, noe som blir vanskelig dersom flere endringer skjer samtidig. Legeforeningen mener Samtykkeutvalgets anbefalinger og tiltak vil kunne ha vesentlige positive konsekvenser for tjenestene til pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Det vil være hensiktsmessige å vurdere disse konsekvensene før myndighetene eventuelt følger opp med nye endringer i tvangslovgivningen.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør/advokat

Ida Øygard Haavardsholm
rådgiver/jurist



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**