

Oslo, 30 januar 2017

Ref.: 23/17/AFJ/ph

Innspill til rundskriv om kompetansebasert samtykke

Vi viser til invitasjon av 29. november 2016 om innspill til rundskriv om kompetansebasert samtykke. Rundskrivet har vært gjennom en bred høring i Psykologforeningen. Vi har involvert psykologspesialister fra ulike deler av psykisk helsevern som forvalter tvang. I tillegg psykologspesialister med doktorgrad på henholdsvis schizofreni og tvang og etikk, spesialist i klinisk nevropsykologi og professor ved UiO. Vedlagt følger også kommentarer i selve rundskrivet, vedlegg om kognitive funksjonsvansker samt litteraturliste.

Oppsummering

Vurdering av samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern, er et viktig skritt mot målet om å øke pasientens selvbestemmelsesrett og styrke rettsikkerheten i psykisk helsevern.

Vi mener imidlertid rundskrivet retter for lite oppmerksomhet mot to forhold:

1. Hvilke kognitive funksjoner som kan være svekket hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse ved samtykke til helsehjelp og
2. Hvordan helsepersonell må tilrettelegge for at pasienter får tatt i bruk sin evne til samtykke.

Redusert bruk av tvang

Kompetansebasert samtykke vil kunne bidra til å redusere uønskede forskjeller i bruk av tvang. En av grunnene er mer faglig fundert og bedre begrunnet vurdering. Veilederen vil kunne gi mindre rom for subjektivt skjønn.

En prosessuell og strukturell endring som kompetansebasert samtykkevurdering fordrer økt kompetanse hos helsepersonell. Dette vil i seg selv kunne øke pasientens rettsikkerhet. Det er viktig ikke å undervurdere behovet for god og kvalitetssikret opplæring/kompetansehevning blant dem som skal foreta samtykkevurderinger.

Vilkåret vil kunne føre til en mer presis bruk av psykisk helsevernloven. Om endringen i seg selv vil føre til en *betydelig* reduksjon av tvang, er mer usikkert. Tvangsreduksjon forutsetter også andre virkemidler, blant annet bedre tilgang til behandlingstilbud basert på frivillighet. Slik tilgang bør omfatte alle nivåer; både sykehusavdelinger, DPS og kommunale tilbud. Det er avgjørende med et sammenhengende og godt utbygget tjenestetilbud med brukerstyrte plasser, akuttteam/oppfølgingsteam/ACT team og kommunale akutte døgnplasser.

Vurdering av samtykkekompetanse

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte kognitive vansker, mennesker med schizofreni i mellom 60 og 85 prosent av tilfellene (se vedlagt referanseliste). Redusert kognitiv fungering bør vurderes i tillegg til den psykiske lidelsens symptomatologi.

Den kognitive kapasiteten handler i praksis om å ta i bruk sin egen fornuft, få vurdert informasjonen som gis og foretatt et valg (se vedlegg om kognitive funksjonsvansker). For å kunne vurdere samtykkekompetanse, må helsepersonell ha kunnskap om under hvilke forutsetninger pasienten kan ta den i bruk og hva det er som svekker den og eventuelt gjør den «ugyldig». For pasienter på tvungent psykisk helsevern, både med og uten døgnopphold, vil det utgjøre en betydelig forskjell om forholdene er lagt til rette for at pasienten skal kunne ta i bruk sin samtykkekompetanse best mulig. Det vil være nødvendig å understøtte pasienters kapasitet til å bruke sin samtykkekompetanse når en for eksempel foretar kontrollundersøkelser for å forlenge vernet.

Til tross for at rundskrivet godt understreker overgangen fra diagnose til funksjonsnivå ved vurdering, blir dette igjen mer utydelig i avsnitt 3.2.2. om psykose. Etter vår mening foretas det der en sammenblanding av symptomatologi og redusert kognisjon. Sammenblandingen vil kunne vanskeliggjøre en vurdering av samtykkekompetansen. Utkastet til rundskrivet har per i dag for lite fokus på hva det er som svekkes i det å ta valg ved alvorlig psykisk lidelse, og hvorledes man må tilrettelegge for at mennesker får tatt i bruk sin evne til samtykke under en slik vurdering.

Oppsummerende minner vi om at

1. Kognitive vansker i seg selv kan føre til manglende samtykkekompetanse
2. Reduserte kognisjon på visse områder (f.eks. svake verbale evner) kan dekke over faktisk samtykkekompetanse.
3. Kognisjon og dermed samtykkekompetanse kan variere iht. omstendigheter.
4. For mer utfyllende beskrivelse se vedlegg om kognitive funksjonsvansker.

Samtykkekompetanse, slik det er presentert i kap. 3 s.7 er et greit utgangspunkt, men det er behov for tydeliggjøring av momenter for å foreta en slik vurdering. I direktoratets eget e-kurs om samtykke til helsehjelp er det 4. punkter om momenter i samtykkevurderingen; 1) Hva det betyr å ha en alminnelig forståelse av hva som må besluttes og hvorfor man må fatte en beslutning. 2) Hva det betyr å ha en alminnelig forståelse av følgene ved å samtykke eller ikke. 3) Hvordan finne ut av om pasienten kan forstå, huske, bruke og vurdere informasjonen som gis. 4) Om pasienten kan formidle sin beslutning? Disse punktene samt utdypende kommentarer som følger i e-kurset, kunne med hell ha vært innlemmet i rundskrivet.

Hvor hyppige vurderinger?

Vi anbefaler at rundskrivet tydeliggjør at det må gjøres løpende vurderinger av samtykkekompetansen. I praksis vil det foreligge naturlige stopp- og startpunkter i et behandlingsforløp. Samtykkevurdering vil da naturlig hører inn. Det vesentlige må være at samtykkekompetanse vurderes på tidspunkter der pasientens tilstand og/eller fungering synes endret og en faglig vurdering tilsier en ny samtykkevurdering. Vurderingen må dessuten alltid basere seg på all tilgjengelig informasjon en har om pasienten. Påførende vil være en svært viktig kilde. Vurderingen vil alltid være kontekstavhengig.

Vi er undrende til formuleringen om at samtykke bør vurderes hver 8. time ved rusutløste tilstander. Dette bør være en faglig vurdering som vurderes i hvert enkelt tilfelle. For eksempel vil det både kunne være uheldig og pussig å vekke en sovende pasient for å kunne foreta en slik vurdering.

Verktøy for vurdering av samtykkekompetanse?

Psykologforeningen stiller seg positive til at det innføres verktøy for vurdering av samtykkekompetanse. En forutsetning må være at disse ikke er for tidkrevende, og at det alltid tas hensyn til ulike forhold som kan påvirke pasientens kognitive fungering. Verktøyet må også inneha de rette egenskapene og kravene til validitet og reliabilitet.

Begrepet «kompetansebasert samtykke»

Psykologforeningen mener begrepet «kompetansebasert samtykke» er tungt og lite tilgjengelig. Dessuten gir det inntrykk av at man skal vurdere noe nytt/noe annet enn samtykke eller beslutningskompetanse. Vi anbefaler at rundskrivet kun bruker begrepet «samtykkekompetanse» da vi mener det i større grad tydeliggjør hva dette dreier seg om.

Uønskede vridningseffekter

Det er sannsynlig at vilkåret om å vurdere samtykkekompetanse vil medføre økt tidsbruk. Ved avdelinger og enheter hvor en har mange pasienter på tvungent vern og med høy turnover, vil et formalistisk vurderingskrav kunne ta for mye tid. Derfor vil det trolig bli behov for mer ressurser og kompetanse.

Psykologforeningen er urolige for at endringen vil være uheldige for én gruppe pasienter. Dette er pasienter med store psykososiale behov, alvorlig rus- og/eller psykiske lidelser og kognitive funksjonsvansker, som er svakt forankret i kommunen og dårlig fulgt opp utenfor sykehus. Pasienter med slike omfattende behov og utfordringer, responderer ofte godt på et «samlende» opphold og vil trolig raskt bli samtykkekompetent og skrive seg ut, og/eller bli utskrevet fra akuttavdeling. Vi ser ofte at disse pasientene foretar en rekke uheldige valg, får raskt tilbakefall og må re innlegges til tvungent vern. Dersom raskere utskrivelse til marginal oppfølging blir en konsekvens av lovendringen, vil en få en økning av denne gruppen som «svingdørspasienter». Det er derfor viktig at disse pasientene møtes med bedre oppfølging der de bor.

Plan for implementering av lovendring

Avslutningsvis etterlyser Psykologforeningen en tydelig plan for implementering av endret lovverk og tilhørende rundskriv. For å oppnå styrket medbestemmelse og rettsikkerhet må direktoratet holde tett kontakt med sykehusene og andre berørte tjenesteytere.

Med vennlig hilsen

Norsk psykologforening



*Tor Levin Hofgaard
President*