RAPPORTJUNI 2023

# BEDRE BESLUTNINGER, BEDRE BEHANDLING

EKSPERTUTVALG OM SAMTYKKEKOMPETANSE

# Innhold


1 Sammendrag 1

1.1 Utvalgets funn og vurderinger 2
1.2 Utvalgets anbefalinger og tiltak 9

2 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid 11

2.1 Utvalgets oppgave og sammensetning 11
2.2 Bakgrunn for oppdraget 12
2.3 Utvalgets mandat 12
2.4 Utvalgets arbeid 18
2.5 Kunnskapsgrunnlaget 21
2.6 Sentrale begreper, definisjoner og forkortelser i rapporten 24
2.7 Rapportens oppbygging 26

3 Beslutningskompetanse i psykisk helsevern 28

3.1 Innledning 28
3.2 Beslutningskompetanse som del av kravene til et gyldig samtykke 29
3.3 Hvilken rolle har beslutningskompetanse i helsetjenesten? 30
3.4 Endringer i psykisk helsevernloven i 2017 33
3.5 Øvrige endringer i psykisk helsevern og samfunnet siden 2017 36
3.6 Vilkår for tvungent psykisk helsevern 38
3.7 Konverteringsforbudet 42
3.8 Vilkår for vedtak om behandling uten eget samtykke 44
3.9 Beslutningskompetanse som sentralt vilkår for tvang i utkastet til en tvangsbegrensningslov 45
3.10 Beslutningskompetanse i andre lands tvangslovgivning 46
3.11 Utvalgets vurderinger 49

4 Vurdering av beslutningskompetanse 51

4.1 Innledning 51
4.2 Formelle krav til kompetansevurderinger i psykisk helsevern 52
4.3 Vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern 54
4.4 Konsekvensenes betydning for forståelseskravet 60
4.5 Verktøy for å vurdere beslutningskompetanse 64
4.6 Beskrivelse av FARV 66
4.7 Gangen i en kompetansevurdering 69
4.8 Utvalgets vurderinger 70

5 Menneskerettslige perspektiver på beslutningskompetanse 72

5.1 Innledning 72
5.2 Relevante menneskerettsforpliktelser og konvensjonenes stilling i norsk rett 73
5.3 Menneskerettighetsforpliktelsenes innhold: beslutningskompetanse i psykisk helsevern 74
5.4 Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) 74
5.5 Oviedo-konvensjonen 77

5.6 FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) 78
5.7 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) 79
5.8 Utvalgets vurderinger 81

6 Hvordan har bruken av tvang i psykisk helsevern utviklet seg etter 2017? 84

6.1 Innledning 85
6.2 Hvordan tallfestes bruk av tvang i psykisk helsevern og hvilke begreper brukes i kapitlet? 85
6.3 Forventning om at samtykkevillkåret ville gi mindre bruk av tvang etter 2017 87
6.4 Begrensninger i registerdata og kompliserende faktorer i fortolkning av utviklingstrekk 88
6.5 Utviklingstrekk for tvungent psykisk helsevern 89
6.6 Er terskel for etablering av tvungent vern endret etter 2017? 95
6.7 Endret vedtakspraksis for behandling når pasienten mangler samtykkekompetanse 101
6.8 Har samtykkevilkåret hatt betydning for pasientforløpene? 104
6.9 Utvalgets vurderinger 112

7 Beslutningskompetanse i et brukerperspektiv 115

7.1 Innledning 115
7.2 Bakgrunn for lovendringene i 2017 fra et brukerperspektiv 116
7.3 Erfaringer med beslutningskompetanse fra et brukerperspektiv 117
7.4 Har behandlingsforløpene endret seg siden 2017? 125
7.5 Mulige tiltak for å bedre utviklingen av det psykiske helsevernet fra et brukerperspektiv 127
7.6 Utvalgets vurderinger 130

8 Spesialisthelsetjenestens situasjon og perspektiver på samtykkevilkåret 132

8.1 Innledning 133
8.2 Aktuell situasjon 133
8.3 Spesialisthelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret 142
8.4 Hvordan sikre god pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret? 150
8.5 Utvalgets vurderinger 153

9 Kommunehelsetjenestens situasjon og perspektiver på samtykkevilkåret 155

9.1 Innledning 156
9.2 Aktuell situasjon 156
9.3 Juridiske rammer for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 160
9.4 Kommunehelsetjenestens rolle og ansvar ved etablering av tvungent psykisk helsevern 163
9.5 Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i kommunehelsetjenesten 167
9.6 Kommunehelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret 168
9.7 Hvordan kan de kommunale helsetjenestene bidra og styrkes i forebygging av tvang 175
9.8 Utvalgets vurderinger 177

10 Hva har lovendringene betydd for pårørende? 180

10.1 Innledning 180
10.2 Å være pårørende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser 181
10.3 Status for pårørendearbeid i helsetjenesten 182
10.4 Rettslige rammer for involvering av pårørende i helsetjenesten 183
10.5 Pårørendes erfaringer med samtykkevilkåret 186
10.6 Utvalgets vurderinger 191

11 Samfunnsvernet i psykisk helsevern 193

11.1 Innledning 193
11.2 Forholdet mellom alvorlig psykisk lidelse og fare for andre 194
11.3 Samfunnsvernet i det sivile psykiske helsevernet 199
11.4 Farevilkåret i psykisk helsevernloven etter 2017 202
11.5 Har lovendringene i 2017 ført til mer vold eller andre samfunnsmessige konsekvenser? 207
11.6 Har samtykkevilkåret ført til større involvering av politiet i psykisk helsevern enn tidligere? 211
11.7 Strafferettslige og straffeprosessuelle grunnlag for opphold i psykisk helsevern 212
11.8 Samhandling mellom psykisk helsevern og andre instanser for å ivareta samfunnsvernet 219
11.9 Pasientoppfølging og samfunnsvern når personer med alvorlig psykisk lidelse ikke er innlagt på døgninstitusjon 223
11.10 Utvalgets vurderinger 226

12 Utfordringer med å vurdere beslutningskompetanse 228

12.1 Innledning 228
12.2 Årsaker til at handlingsrommet i samtykkevilkåret ikke benyttes 229
12.3 Pasientgrupper hvor kompetansevurderinger er særlig utfordrende 234
12.4 Forholdet mellom begrepene beslutningskompetanse og sykdomsinnsikt 236
12.5 Ambivalens, impulsivitet og vekslende forståelsesevne 237
12.6 Manglende informasjon til å vurdere beslutningskompetanse 239
12.7 Hvordan håndtere falske positive og falske negative kompetansevurderinger? 239
12.8 Hvor ofte skal beslutningskompetanse vurderes? 241
12.9 Hvilken situasjon knytter beslutningskompetansen seg til? 241
12.10 Hvordan skille ulike kompetansevurderinger fra hverandre? 241
12.11 Utfordringer med å bruke FARV i kompetansevurderinger 242
12.12 Internasjonale perspektiver 244
12.13 Mulige bidrag til bedre kompetansevurderinger 245
12.14 Utvalgets vurderinger 248

13 Utvalgets anbefalinger og tiltak 251

13.1 Innledning 251
13.2 Brukermedvirkning og beslutningsstøtte 253
13.3 Pårørendeinvolvering 261
13.4 Kompetansevurderinger av god kvalitet 265

13.5 Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial 276
13.6 Samhandling og frivillige behandlingsalternativer 283

14 Økonomiske og administrative konsekvenser 289

14.1 Innledning 289
14.2 Samlet oversikt over utvalgets vurdering av konsekvenser 289

Litteratur og kilder 297

Vedlegg 314
1 Utkast til utvalgets lovendringsforslag 314
2 Møtedatoer og tema 320
3 Skriftlige innspill til utvalget 323
4 Evaluering fra Senter for medisinsk etikk (SME) 324
5 Registerdata-analyser 325

# DEL 1
# INNLEDNING

# 1 Sammendrag

Psykisk helsevernloven ble endret i 2017 med formål om å øke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Det ble innført en kompetansebasert modell med manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og behandling. Vilkåret innebærer at pasienter som er kompetente til å ta beslutninger om egen helse kan si nei til helsehjelp i psykisk helsevern med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Lovendringene i 2017 var omfattende. I tillegg til at samtykkevilkåret ble innført, ble blant annet formålsbestemmelsen i loven endret, kravene til å begrunne vedtak ble skjerpet og den obligatoriske observasjonstiden før iverksetting av behandling uten eget samtykke ble utvidet. Gjennom lovendringene ble vilkårene for tvang i psykisk helsevern harmonisert med alminnelige helserettslige prinsipper om kravet til gyldig samtykke. Endringene var også en tilpasning til Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Sammen med de øvrige lovendringene, var samtykkevilkåret forventet å gi nedgang i tvangstallene i psykisk helsevern. Samtidig var det knyttet bekymring til at økt selvbestemmelse kunne bety at behandlingstrengende pasienter ville unndra seg eller avslutte nødvendig behandling.

Utvalget mener at erfaringer med samtykkevilkåret må ses i sammenheng med øvrige endringer både i psykisk helsevernloven, helsetjenesten og samfunnet. 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.

## 1.1 Utvalgets funn og vurderinger

### En kompetansebasert modell i psykisk helsevern bør videreføres

Utvalget vurderer at innføringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevern har vektige menneskerettslige begrunnelser som tilsier at samtykkevilkåret bør videreføres. Sentrale menneskerettslige konvensjoner Norge er forpliktet til, fremholder prinsippet om selvbestemmelse som grunnleggende innen helsetjenesten. Også retten til helse følger av Norges menneskerettslige forpliktelser. Utvalgets vurdering er at en kompetansebasert modell har gitt en bedre balanse mellom pasientens rett til selvbestemmelse og statens plikt til å ivareta retten til helse når en pasient ikke selv kan samtykke til helsehjelp. Utvalget erfarer dessuten at samtykkevilkåret har bidratt til økt oppmerksomhet om medbestemmelse, med tettere samarbeid mellom pasienter og helsepersonell for å finne frivillige behandlingsalternativer som pasienten selv ønsker. For mange pasienter i psykisk helsevern har lovendringene derfor vært positive.

Utvalget mener at begrepet beslutningskompetanse gir en bedre beskrivelse av den reelle situasjonen i forholdet mellom pasienten og helsetjenesten enn begrepet samtykkekompetanse. Beslutningskompetanse synliggjør at personens selvbestemmelsesrett omfatter både samtykke til og nektelse av helsehjelp. Utvalget anbefaler derfor at dette begrepet erstatter samtykkekompetanse i lovgrunnlaget.

Et vilkår om beslutningskompetanse forutsetter at det blir lagt til rette for pasientens evne til å ta beslutninger og gi uttrykk for sine synspunkter. Utvalget ser behov for tiltak som fremmer pasientens tillit til helsetjenesten gjennom økt oppmerksomhet på brukermedvirkning og beslutningsstøtte i den videre implementeringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevern.

### Samtykkevilkårets betydning må ses i sammenheng med øvrige endringer

Både pårørende, helsetjenesten og justissektoren peker på uønskede utviklingstrekk og hendelser i årene etter 2017 som knyttes til samtykkevilkåret. Flere av spørsmålene i utvalgets mandat gjelder slike forhold. Utvalget mener at ulike forklaringsfaktorer må vurderes for å forstå utviklingen. Både før og etter 2017 har det vært en rekke endringer i helsetjenesten og i samfunnet ellers. Disse kan ha hatt direkte betydning for utviklingstrekk utvalgets mandat omhandler og for tjenestens praktisering av samtykkevilkåret. Dette gjelder for eksempel nedbygging av døgnkapasitet i psykisk helsevern, koronapandemien, utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell med adekvat kompetanse, prioriteringer i helsetjenesten, styringssignaler fra sentrale helsemyndigheter, helsepersonells holdninger til bruk av tvang, rammer og prosedyrer for samhandling og pårørendeinvolvering eller befolkningens tilgang til og bruk av rusmidler. Alt dette er eksempler på forhold som det ikke har vært mulig å isolere fra erfaringer og endringer som knytter seg spesifikt til samtykkevilkåret, men som utvalget forstår som en del av det totale utfordringsbildet.

### Mangelfull implementering av lovendringene i 2017

Utvalgets arbeid har vist at implementeringen av lovendringene i 2017 har vært mangelfull. Vedtaksansvarlige beskriver behov for opplæring i kompetansevurderinger og etterlyser frivillige behandlingsalternativer. Begrensede opplæringstiltak om kompetansevurderinger har trolig bidratt både til praksisforskjeller og en for streng lovanvendelse. Dette kan ha gitt eksempler på underbehandling ved at pasienter uten samtykkekompetanse, som følge av tvil og usikkerhet hos vedtaksansvarlige, har blitt vurdert som kompetente. Selv om

kompetansevurderinger i hovedsak gjøres av klinikere, erfarer utvalget at tilnærmingen til samtykkekompetanse langt på vei har blitt knyttet opp til det juridiske innholdet i vilkåret. De kliniske og etiske delene av vurderingene har havnet mer i skyggen. Som øvrige vilkår for tvang i psykisk helsevernloven, innebærer kompetansevurderingen elementer av skjønn. Utvalgets vurdering er at manglende faglig eierskap begrenser klinikerens evne til å utøve godt skjønn. Vurderingen vil derfor også kunne være sårbar for påvirkning fra utenforliggende forhold. Etter utvalgets syn, kan praktiseringen av kompetansevurderingene spesielt ha blitt påvirket av mangel på tilgjengelige døgnplasser. Holdninger og verdier blant vedtaksansvarlige synes også å ha fått betydning for utfallet av enkelte kompetansevurderinger. Utvalget mener at et kontinuerlig søkelys på opplæring og klinisk refleksjon om kompetansevurderinger er viktig i det videre implementeringsarbeidet.

### Formålet om redusert tvang er ikke nådd

Utvalget finner at forventningen om redusert bruk av tvang som følge av endringene i psykisk helsevernloven ikke er innfridd. En gjennomgang av registerdata fra psykisk helsevern avdekker at et økende antall personer underlegges tvungent vern, og at det etter 2017 fattes langt flere vedtak om behandling uten eget samtykke enn før lovendringene. Noe av økningen i tvangsstatistikken kan knyttes til endret vedtakspraksis ved behandling av pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg helsehjelp.

Selv om antall tvangsinnleggelser øker, viser analyser av registerdata også at en økende andel av de som henvises til tvungent vern skrives ut etter kort tid, og uten at tvungent vern etableres. Tilbakemeldinger fra både pårørende og tjenesten tilsier at denne utviklingen kan ha sammenheng med at samtykkevilkåret har bidratt til en høyere terskel for etablering av tvungent vern, og at pasienter skrives ut eller skriver seg selv ut fordi de vurderes som samtykkekompetente. Mange reinnlegges etter kort tid. Ved å sammenlikne situasjonen i 2015 og 2021, finner utvalget at gjennomsnittet av antall tvangsinnleggelser per pasient har økt for de fleste diagnosegrupper. Det er også en litt større gruppe som har mange innleggelser, og dette forklarer noe av den økningen som observeres for tvangsinnleggelser.

Utvalgets vurdering er at det kan være flere årsaker til den utviklingen som observeres og utelukker ikke at også samtykkevilkåret kan ha hatt betydning. Utvalget er likevel mer bekymret for at det er pasienter som ikke får nødvendig helsehjelp i tide på grunn av den mangeårige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern og samtidig for liten tilgang til frivillige behandlingsalternativer utenfor døgnavdelingene. Dette kan gi forløp med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser. Utvalget mener også at selve samtykkevilkåret og praktiseringen av vilkåret, kan ha vært en medvirkende årsak til slike forløp.  Enkeltpasienter kan være vurdert som samtykkekompetente, og dermed ikke blitt henvist eller tatt imot til tvungent vern. Det kan også ha ført til at pasienter har blitt skrevet ut uten at samtykkekompetanse eller fare er tilstrekkelig vurdert.

### Vurderinger av beslutningskompetanse kan være krevende

Kompetansevurderinger retter seg mot pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av eget valg. Slike vurderinger kan være vanskelige. Å vurdere pasienter med maniske symptomer, alvorlige spiseforstyrrelser, rusmiddelmisbruk og psykisk utviklingshemming synes å være særlig krevende. Utvalget erfarer at svingninger i beslutningskompetanse er en tilbakevendende utfordring i forbindelse med kompetansevurderinger.

Fastleger og legevaktsleger må vurdere samtykkekompetanse ved *henvisning* til tvungent vern. Mer enn halvparten av tvangsinnleggelser til psykisk helsevern kommer fra legevakt, og utvalget ser at legevaktsleger ofte vil ha begrenset erfaring med og dårlige rammebetingelser for kompetansevurderinger. Det kan medføre at pasienter som burde ha vært henvist, ikke blir det og at pasienter som er samtykkekompetente likevel henvises til tvungent vern.

FARV er et akronym for de fire sentrale elementene som inngår i ulike verktøy for å vurdere beslutningskompetanse. Disse fire elementene er pasientens evne til å *forstå* informasjon om helsehjelpen, *anerkjenne* og *resonnere* om denne informasjonen og til å gi uttrykk for et *valg*. FARV er ikke et verktøy, men var ment som en huskeliste for å gjøre kliniske kompetansevurderinger enklere. Likevel synes FARV å ha blitt anvendt som juridiske vilkår for bortfall av samtykkekompetanse, og tilsynsorganenes forståelse synes å ha vært førende for en slik tilnærming. Utvalget vurderer at dagens bruk av FARV er lite egnet i krevende kompetansevurderinger i psykisk helsevern. Likevel mener utvalget at FARV kan ha en funksjon i klinisk praksis hvis det understøttes av både validerte verktøy og kvalitetssikring, sammen med god opplæring, forskning og fagutvikling.

Bedre forståelse av både den kliniske og den juridiske vurderingen av beslutningskompetanse vil kunne bidra til å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Ved å trekke veksler på internasjonal fagutvikling, vil det være mulig å få til større faglig eierskap blant klinikere og hevet kvalitet i vurderingene. Utvalget mener at kompetansevurderinger må kvalitetssikres gjennom blant annet bedre opplæring, en nasjonal faglig retningslinje, et validert verktøy for kompetansevurderinger og etterprøving i tilsynsorganene i psykisk helsevern. Utvalget anbefaler også at det utvikles et tilpasset verktøy som ivaretar behovet for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten.

Formålet til lovendringene var primært å unngå at kompetente personer ble tvunget til å motta langvarig medikamentell vedlikeholdsbehandling mot sin vilje. I forarbeidene til lovendringene ligger det en antakelse om at personer med alvorlig sinnslidelse mangler beslutningskompetanse i en akutt sykdomsfase. Etter utvalgets syn bør denne forståelsen av beslutningskompetanse i ulike faser av sykdomsforløpet legges til grunn i klinisk praksis.

### Tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for kompetansevurderinger

Utvalget vil understreke at tilstrekkelig informasjon om pasientens situasjon og funksjon er viktig for å gjøre kompetansevurderinger av god kvalitet. Slik informasjon fra andre enn pasienten selv, vil ikke alltid være tilgjengelig i forbindelse med en akuttinnleggelse. Denne informasjonen bør da innhentes som del av pasientens videre behandlingsforløp. Utvalget foreslår tiltak for bedre informasjonsutveksling mellom helsepersonell og for å sikre bedre pårørendeinvolvering og pårørendestøtte.

### Behov for å presisere lovgrunnlaget og anvendelsen av samtykkevilkåret

Utvalget vurderer at det er behov for å presisere både lovgrunnlaget for samtykkevilkåret og anvendelsen av det i den videre implementeringen av en kompetansebasert modell. Beviskravet i loven er at pasienten «åpenbart» skal mangle samtykkekompetanse. Det er et strengt beviskrav som gir lite rom for tvil ved vurderinger av tvangsbruk. Beviskravet har vært uendret i pasient- og brukerettighetsloven siden 1999, og egner seg bedre for samtykke til helsehjelp ved somatiske lidelser enn ved behandlingsnektelse, som ofte beskriver tvangssituasjoner i psykisk helsevern. Etter utvalgets syn, gir beviskravet «overveiende sannsynlig», altså mer 50 prosent sannsynlig, en bedre balanse mellom å ivareta pasientens rett til både selvbestemmelse og pasientens rett til nødvendig helsehjelp.

Høyesterettspraksis som gjelder vilkåret om manglende samtykkekompetanse viser at innsikt i egen situasjon, sykdom og konsekvenser av et behandlingsvalg og om personen handler i tråd med denne innsikten, er viktige momenter i en kompetansevurdering. Dersom pasientens valg kan få alvorlige negative konsekvenser for vedkommende selv eller andre, skjerpes kravet til pasientens forståelse jo mer alvorlig konsekvensene er. Motsvarende vil forståelseskravet bli lavere jo mer bagatellmessige konsekvensene er. Utvalget mener at denne dynamikken er en sentral og underkommunisert del av kompetansevurderingen. Dette kan for eksempel ha medført at alvorlige sosiale konsekvenser av pasientens valg ikke har blitt hensyntatt i vurderingene. Det kan også ha betydd at alvorlige negative konsekvenser for andre ikke er vektlagt tilstrekkelig når farevilkåret ikke er vurdert å være oppfylt. Etter utvalgets syn, er vektlegging av konsekvenser i kompetansevurderingen i tråd med både gjeldende rett og klinisk tankegang og en nødvendig presisering etter en mangelfull implementering av samtykkevilkåret i 2017.

### Etterlyser pårørendeinvolvering og pårørendestøtte

Utvalget mener at pårørende kan være en viktig ressurs i behandlingstilbudet for personer med alvorlig psykisk lidelse, og de kan også spille en viktig rolle for å ivareta pasientens interesser. Dette gjelder særlig ved manglende beslutningskompetanse, som gir nærmeste pårørende rett til medvirkning og informasjon. Pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse står i en krevende omsorgssituasjon der de over tid har fått mer ansvar som følge av høyere terskel for innleggelse og andre kapasitetsutfordringer i helsetjenesten. Allerede før 2017 var det kjent at pårørendesamarbeidet var mangelfullt for denne pårørendegruppen.

Helsetjenestens involvering av nærmeste pårørende synes ikke å være endret etter 2017. Det til tross for at pårørende skal ivareta interessene til pasienter som mangler samtykkekompetanse. Etter utvalgets syn, ble både hensynet til pårørende og betydningen av pårørendeinvolvering i for liten grad vektlagt da samtykkevilkåret ble innført i psykisk helsevern i 2017. Utvalget finner det sannsynlig at samtykkevilkåret har bidratt til å forsterke belastningen for en del pårørende.

Utvalget mener at pårørendesamarbeid må være en sentral del både i kommune- og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse. Samarbeid med og involvering av pårørende ved bruk av tvang bør innarbeides tydelig i helsetjenestens prosedyrer og rutiner. Utvalget ser også behov for økt kunnskap blant helsepersonell om pårørendes rettigheter ved etablering, gjennomføring og opphør av tvungent vern, og spesielt i de situasjonene der pasienten mangler samtykkekompetanse.

### Handlingsrommet i farevilkåret i psykisk helsevernloven benyttes ikke

Samtykkevilkåret gjelder ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for «eget liv eller andres liv eller helse». Ivaretakelsen av samfunnsvernet etter psykisk helsevernloven er dermed som utgangspunkt uendret etter innføringen av samtykkevilkåret. Utvalget mener at farevilkåret i sin nåværende form gir tilstrekkelig handlingsrom til å ivareta samfunnsvernet i psykisk helsevern, men at klinikerne ikke benytter dette handlingsrommet. Den vedtaksansvarlige kan vegre seg for å argumentere for «fare for andre» for å unngå å stigmatisere pasienter og bevare behandlingsalliansen. Det synes likevel å være en økende bevissthet blant klinikere om at fare for andres fysiske og psykiske helse inngår som en viktig del av farevurderingen i en kompetansebasert modell. Samtidig mener utvalget at den kliniske og juridiske forståelsen av handlingsrommet i farevilkåret bør harmoneres bedre enn det som synes å være tilfellet i dag. På denne bakgrunnen anbefaler utvalget blant annet at forholdet

mellom voldsrisikovurderinger og farevilkåret bør presiseres i nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse. Dette kan bidra til at mer av handlingsrommet i farevilkåret benyttes.

### Behandling av god kvalitet er det viktigste tiltaket for samfunnsvernet

Kun et fåtall av personer med alvorlig psykisk lidelse har et forhøyet voldspotensial. Mindre enn 10 prosent av tvangsinnleggelsene i psykisk helsevern er begrunnet i «fare for andre». Utvalget mener likevel at det er viktig at helsetjenesten har et bevisst forhold til sammenhengene mellom alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial, ettersom effektiv behandling kan bidra til å forhindre voldsepisoder. Etter utvalgets syn er individuelt tilpasset behandling og oppfølging av god kvalitet derfor de sentrale tiltakene i psykisk helsevern for å ivareta samfunnsvernet. For enkeltpersoner kan tvangsinnleggelser være nødvendig for å sikre behandling og dermed forhindre at et farepotensial utvikler seg. For mange pasienter vil det være mulig å forhindre en slik utvikling gjennom kontinuitet i behandlingen, tett oppfølging og tilpassede frivillige behandlingstilbud i kommunen, for eksempel gjennom et ACT-team.

Utvalget anerkjenner at forhøyet risiko for vold og trusler kan være en del av utfordringsbildet i helsetjenestens møte med pasienter og brukere med alvorlig psykisk lidelse, og særlig ved samtidig rusmiddelmisbruk. Utvalget mener derfor det er viktig å sikre tilstrekkelig kompetanse om håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten medfører at pasienter med forhøyet voldspotensial og langvarige behandlingsbehov i praksis risikerer å bli prioritert ned i spørsmål om døgnbehandling. Dette for å gjøre plass til pasienter med behov for akutt hjelp. Selv om mange pasienter kan ivaretas på en god måte gjennom oppsøkende tjenester som ACT- og FACT-team, vil ikke dette alltid være tilstrekkelig. Utvalget mener at det er et udekket behov for døgnplasser i psykisk helsevern, og at kapasiteten i oppsøkende tjenester synes å være for liten. Utvalget mener derfor det må utredes om den nåværende dimensjoneringen av ulike typer døgnplasser og andre tjenestetilbud er hensiktsmessig, og om ressursene i tjenesten benyttes på en hensiktsmessig måte.

### Voldsrisikovurdering og risikohåndteringsplan

I tillegg til god behandling til rett tid, mener utvalget at ivaretakelse av samfunnsvernet forutsetter at psykisk helsevern gjør grundige voldsrisikovurderinger der det er aktuelt. Å forutsi voldsrisiko er krevende. En grundig voldsrisikovurdering må også ta stilling til hvordan pasienten vil fungerer utenfor døgninstitusjonen, og avhenger av informasjon om dette fra blant annet kommunehelsetjenesten, pårørende og eventuelt politi. For pasienter med forhøyet voldspotensial, mener utvalget at det må utarbeides en risikohåndteringsplan. Utvalget mener dette er særlig viktig ved utskriving fra døgninstitusjon og ved andre overganger mellom omsorgsnivå i helsetjenesten. En risikohåndteringsplan skal identifisere hvordan fremtidig voldsrisiko kan reduseres, og utforme tiltak og oppfølgingsrutiner som er tilpasset den enkelte pasient. Kommunehelsetjenesten og pårørende bør involveres i dette arbeidet. Risikohåndteringsplanen bør også ses i sammenheng med pasientens kriseplan og individuelle plan dersom de er utarbeidet

### Krevende å ivareta pasienter med ROP-lidelser i en kompetansebasert modell

Utvalget mener at helsetjenesten bør ha spesiell oppmerksomhet på ivaretagelse av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelmisbruk (ROP). Dette er en sårbar

pasientgruppe der mange opplever stigma og utenforskap. Bruk av rusmidler kan føre til at beslutningskompetansen varierer, og det kan føre til forhøyet risiko for vold. Kommunehelsetjenesten strever med å tilpasse egnede botilbud og tjenester til personer med ROP-lidelser. Dette er særlig krevende ved samtidig forhøyet voldsrisiko.

Registerdata-analyser viser at pasienter med en ROP-lidelse typisk har gjentatte, men korte, innleggelser i psykisk helsevern, ofte med henvisning for tvungent vern. Mange har lite eller ingen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter at de er skrevet ut. For alle diagnosegrupper er det gjennomgående flere akutt- og tvangsinnleggelser blant pasienter med rusmiddelmisbruk som tilleggsproblematikk. Beskrivelsen er gyldig både før og etter 2017, men inntrykket er forsterket gjennom siste femårsperiode. Etter lovendringene har reinnleggelsene blitt flere, og varigheten av døgnbehandlingen er ytterligere redusert for denne gruppen. Utvalget mener at dette er utviklingstrekk som støtter oppunder innspill fra tjenesten om at rusmiddelmisbruk kan være en kompliserende faktor i kompetansevurderingen, fordi dette er pasienter der kompetansen varierer i større grad enn hos andre pasientgrupper. Kommunehelsetjenesten erfarer at det ikke alltid tas tilstrekkelig hensyn til pasientens fungering i bo- og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse eller fare, og at pasienter i denne gruppen ofte skrives ut før de er tilstrekkelig stabilisert.

### Bekymring for alvorlige voldsepisoder utført av personer med alvorlig psykisk lidelse

Utvalget ser med stor bekymring på hendelser hvor personer med alvorlig psykisk lidelse begår alvorlige voldshandlinger. Utvalget finner ikke at det er grunnlag for å konkludere med at det har vært en tydelig økning i slike hendelser de senere årene, men kan heller ikke utelukke at samtykkevilkåret kan ha vært utslagsgivende i enkeltsaker. Likevel mener utvalget det er viktig å avstemme forventningene til hvilke muligheter det psykiske helsevernet generelt, eller bruk av tvang i psykisk helsevern spesielt, har til å begrense alvorlige voldshandlinger i samfunnet. Selv hos erfarne klinikere, er det å forutsi alvorlige voldshandlinger forbundet med betydelig usikkerhet. Utvalget mener ikke at vide hjemler for bruk av tvang som treffer en stor gruppe mennesker, er løsningen for bedre å ivareta samfunnsvernet. Derimot vil utvalget peke på behovet for tilpasset behandling av god kvalitet som kan bidra til å redusere voldelig atferd hos personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial.  Etter utvalgets syn, er det et tydelig behov for å avklare ansvarfordelingen og styrke samarbeidet mellom både kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom helse- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial.

### Bekymringsfull økning av personer dømt til tvungent psykisk helsevern

Utvalget ser med bekymring på økningen i antall personer dømt til tvungent psykisk helsevern de siste årene og er bekymret for en videre økning fremover. Etter utvalgets syn er dom til tvungent psykisk helsevern et sikkerhetstiltak der sivil behandling og oppfølging har vist seg utilstrekkelig for å ivareta samfunnsvernet. Utvalget mener det er ønskelig at flest mulig personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldspotensial får individuelt tilpasset behandling og oppfølging i det sivile psykiske helsevernet, enten frivillig eller under tvang. Behandling av god kvalitet over tid kan bidra til å forhindre voldshandlinger og etterfølgende strafferettslige reaksjoner for personer med en alvorlig sinnslidelse. Utvalget anbefaler en videre utredning av hvordan personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldspotensial kan bosettes i samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten med tilstrekkelig oppfølging og god rettssikkerhet. Dette vil dreie seg både om personer på dom til tvungent psykisk helsevern og personer som får behandling og oppfølging i sivilt psykisk helsevern.

### Forsterker behovet for frivillige behandlingsalternativer og god samhandling

Utvalget finner at innføringen av samtykkevilkåret har aktualisert utfordringer knyttet til hvordan man kan hjelpe personer som ikke ønsker å motta den hjelpen som tilbys, men der oppfatningen til helsepersonell, pårørende og samfunnet ellers er at det eksisterer et behandlingsbehov. Utvalget mener man må vurdere hvordan tjenestetilbudet i og utenfor døgninstitusjoner kan utvikles for å imøtekomme individuelle behandlingsbehov og preferanser. Utvalget vurderer at Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for forebygging av tvang er viktige. Slik utvalget ser det, må det legges til rette for å jobbe systematisk med tvangsforebygging og frivillighet på flere nivå i helsetjenesten.

Utvalget støtter dreiningen i tjenestetilbudet hvor flere nå får individuelt tilpasset oppfølging og behandling i egen hjemkommune. Denne utviklingen fremmes av en betydelig oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene og oppsøkende spesialisthelsetjenester med blant annet ACT- og FACT-team. I mange tilfeller kan pasienter få god behandling innenfor rammene av en kompetansebasert modell og med mindre bruk av tvang. Kommunehelsetjenesten erfarer samtidig at terskelen for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har økt de senere årene og at de blir sittende med mye ansvar for svært syke pasienter. Stadig flere pasienter skrives ut under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), men ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten synes uklar, og dette kan medføre mangelfull oppfølging.

Utvalget vurderer at den betydelige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern som har skjedd både før og etter 2017, krever en enda større satsing på oppsøkende tilbud rettet mot de sykeste pasientene. Utvalget mener at slike tilbud vil fungere best der kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber sammen om et helhetlig tilbud og som likeverdige parter. Lovverk, finansieringsordninger og samarbeidsavtaler bør gjennomgås med sikte på å lette etableringen av slike tilbud. I tillegg mener utvalget at det er behov for å bedre tilgangen til frivillige døgninnleggelser i psykisk helsevern.

### Flere av problemstillingene mandatet peker på, vet vi fortsatt ikke nok om

Utvalgets mandat er omfattende, og utvalget vurderer at flere av mandatpunktene berører problemstillinger der det er et begrenset kunnskapsgrunnlag å støtte seg på. Fortolkning av tilgjengelige kvantitative og kvalitative data kompliseres da det i de fleste sammenhenger må antas at flere eller andre forhold enn samtykkevilkåret har betydning for observerte utviklingstrekk. Grundige vurderinger ville forutsatt innsamling og analyse av data i et omfang og med en metodisk tilnærming som ikke har vært mulig innenfor rammene av utvalgets arbeid. Utvalget har derfor i stor grad måttet basere seg på eksisterende data og analyser.

Registerdata om bruk av tvang er en viktig kilde til kunnskap, men har noen begrensninger både når det gjelder innhold og kvalitet. Utvalgets vurdering er at komplette og gode registerdata kan gi ny og viktig kunnskap om tjenestetilbudet til de mest sårbare gruppene i psykisk helsevern. Dette er derfor datagrunnlag som både bør videreutvikles, forbedres og gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag.

### Tvangslovgivningen er fragmentert og vanskelig anvendbar

Det ligger ikke innenfor utvalgets mandat å ta stilling til Tvangslovutvalgets lovutkast som helhet. Likevel vil utvalget påpeke at den nåværende tvangslovgivningen er fragmentert og vanskelig anvendbar for pasienter, pårørende, helsepersonell og tilsynsorganer. Dette etablerer

hindringer for samhandling og helhetstenkning om pasienter, og bidrar samtidig til å svekke rettssikkerheten på et svært viktig rettsområde.

## 1.2 Utvalgets anbefalinger og tiltak

Utvalget mener at flere administrative og juridiske tiltak er nødvendige for å oppnå en bærekraftig kompetansebasert modell i psykisk helsevern. Utvalget har identifisert og lagt til grunn at en videreføring av kompetansevilkåret avhenger av fem sentrale forutsetninger eller søyler, som alle bør styrkes fremover:

- Brukermedvirkning og beslutningsstøtte: Utvalget anbefaler blant annet å utrede en ordning for beslutningsstøtte.
- Pårørendeinvolvering: Utvalget anbefaler blant annet å tydeliggjøre forankringen av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten.
- Kompetansevurderinger av god kvalitet: Utvalget anbefaler blant annet nasjonale faglige retningslinjer og et validert verktøy for kompetansevurderinger, samt endringer i lovverket for å bedre praktiseringen av kompetansevilkåret.
- Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial: Utvalget anbefaler blant annet bedre opplæring i voldsrisikovurderinger og å presisere plikten til å vurdere farevilkåret ved utagerende atferd.
- Samhandling og frivillige behandlingsalternativer: Utvalget anbefaler blant annet å styrke oppsøkende samhandlingstjenester.

Utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak er nærmere beskrevet i kapittel 13, og oppsummert i følgende tabell:

| Utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak | |
|---|---|
| **Brukermedvirkning og beslutningsstøtte** | |
| 13.2.1 | Videreføre manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern |
| 13.2.2 | Endre formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven for å sikre behandling av god kvalitet og fremme tillit og riktig bruk av tvang |
| 13.2.3 | Utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes |
| 13.2.4 | Styrke kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom aktivt samarbeid med brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus |
| 13.2.5 | Implementere nasjonale faglige råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern og øke forskning på frivillige behandlingsalternativer |
| 13.2.6 | Oppheve sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd |
| 13.2.7 | Utrede hvordan bedre ivareta interessene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse, og som ikke har nærmeste pårørende |
| **Pårørendeinvolvering** | |
| 13.3.1 | Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten |
| 13.3.2 | Implementere forskningsbasert kunnskap om pårørendeinvolvering i psykiske helsetjenester rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse |
| 13.3.3 | Styrke kompetanse hos helsepersonell og sikre rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til nasjonal pårørendeveileder |
| 13.3.4 | Styrke pårørendeorganisasjonene slik at de kan bidra med råd, veiledning og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse |
| 13.3.5 | Presisere nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler beslutningskompetanse og når pasienten har omsorgsansvar for barn eller det foreligger fare for andres liv eller helse |

| | |
|---|---|
| 13.3.6 | Tydeliggjøre forståelsen av reglene om taushetsplikt for nærmeste pårørende når pasienter mangler beslutningskompetanse eller er til fare for andre |
| **Kompetansevurderinger av god kvalitet** | |
| 13.4.1 | Utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse |
| 13.4.2 | Utvikle og implementere et validert verktøy for kompetansevurderinger i psykisk helsevern |
| 13.4.3 | Utarbeide og implementere et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten og presisere kvalitetskrav for vurderingene |
| 13.4.4 | Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd |
| 13.4.5 | Presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen |
| 13.4.6 | Endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3 |
| 13.4.7 | Åpne for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern |
| 13.4.8 | Presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare |
| **Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial** | |
| 13.5.1 | Styrke opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikovurdering, farevurdering og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tilsynsorganer |
| 13.5.2 | Avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial |
| 13.5.3 | Utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser |
| 13.5.4 | Presisere plikten til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd og eventuelt vurdere farevilkåret |
| 13.5.5 | Åpne for å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved vurdert fare |
| 13.5.6 | Utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres |
| **Samhandling og frivillige behandlingsalternativer** | |
| 13.6.1 | Styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse |
| 13.6.2 | Styrke og øke kapasiteten av oppsøkende samhandlingstjenester som ACT- og FACT-team |
| 13.6.3 | Styrke opplæring av helsepersonell samt etablere arenaer for felles kompetansebygging og systematisk refleksjon rundt klinisk praksis på tvers av forvaltningsnivåene |
| 13.6.4 | Utrede om og eventuelt hvordan kjernejournal kan benyttes for å tilgjengeliggjøre informasjon om pasientens kriseplan og andre relevante planer |
| 13.6.5 | Avklare og etablere rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) |
| 13.6.6 | Prioritere videreutvikling og tilgjengeliggjøring av klinisk relevante registerdata og statistikk om bruk av tvang til styring og forskningsformål |

# 2 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

## 2.1 Utvalgets oppgave og sammensetning

Regjeringen nedsatte 5. mai 2022 et ekspertutvalg som fikk i oppdrag å evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern.

Formålet med evalueringen skulle være å bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester og som kan forhindre feil bruk av tvang. Oppdraget er konkretisert i form av 15 mandatpunker som er nærmere omtalt under punkt 2.3.

I lovutkastet til Tvangslovutvalget er manglende beslutningskompetanse foreslått som gjennomgående vilkår for bruk av tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2019: 14, 2019). Høringen til NOUen viste at det er faglig uenighet om lovutkastet. Ekspertutvalget fikk i oppdrag å gjennomgå relevante høringsinnspill og komme med innspill til det videre arbeidet med lovutkastet når det gjelder vilkåret om samtykkekompetanse.

Utvalget har bestått av følgende medlemmer, som alle har vært likestilte og uavhengige i sitt arbeid:

| Navn | Funksjon | Stilling |
|---|---|---|
| Øystein Mæland | Leder | Administrerende direktør ved Akershus universitetssykehus HF |
| Eli Karin Fosse | Medlem | Direktør for helse og velferd i Stavanger kommune |
| Joachim Kjennerud | Medlem | Seniorrådgiver hos Mental Helse Norge |
| Rune Andreas Kroken | Medlem | Psykiater og avdelingssjef ved Avdeling spesialisert psykosebehandling, Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus. Førsteamanuensis II, Universitetet i Bergen |
| Guri Sæther Pedersen | Medlem | Psykologspesialist ved Universitetssykehuset i Nord--Norge- HF |
| Randi Rosenqvist | Medlem | Pensjonert psykiater |
| Bjørn Kristian Soknes | Medlem | Pensjonert statsadvokat |
| Anne Grethe Terjesen | Medlem | Fagsjef hos Pårørendealliansen |

Tabell 2.1: Utvalgets sammensetning

Utvalgets sekretariat har vært lagt til Helsedirektoratet. Sekretariatet har bestått av:

- Jacob Jorem (leder)
- Ragnild Bremnes
- Anne Marthe Heggekroken

Utvalget skulle opprinnelig levere sin innstilling 1. mai 2023, men fikk innvilget utsatt frist til 15. juni på grunn av behov for kunnskapsinnhenting.

## 2.2 Bakgrunn for oppdraget

Hurdalsplattformen slår fast at regjerningen skal «evaluere endringen i psykisk helsevernloven om innføring av krav til samtykke ved innleggelse i tvungent psykisk helsevern» (Regjeringen, 2021, s. 62).

Manglende samtykkekompetanse ble innført i psykisk helsevernloven som vilkår for tvungen observasjon (psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-2), tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) og behandling uten eget samtykke (§ 4-4) i 2017. Vilkåret innebærer at pasienter som vurderes å ha samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud om innleggelse og behandling eller selv avslutte opphold og behandling i psykisk helsevern. Vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv, eller andres liv eller helse. Formålet med lovendringene var å bidra til økt selvbestemmelse og å styrke rettssikkerheten for pasienter i psykisk helsevern, herunder bidra til riktigere bruk av tvang. Det fremgår dessuten av forarbeidene til lovendringene fra 2017 at det var en forventning om at bruken av tvang i psykisk helsevern skulle reduseres som følge av det nye vilkåret (Prop. 147 L (2015-2016), 2016).

Etter at lovendringene trådte i kraft, har det kommet tilbakemeldinger om at samtykkevilkåret kan ha hatt negative konsekvenser for pasientene det gjelder, men også for pårørende og samfunnet ellers. Det ble registrert en nedgang for flere tvangsformer den første perioden etter at lovendringene trådte i kraft, men fra 2018 viser publisert statistikk en økning for både tvangsinnleggelser og behandling uten eget samtykke. Det er derfor knyttet bekymring til at det nye vilkåret kan ha bidratt til en situasjon der pasienter må bli sykere før de oppfyller vilkårene for tvungent vern og at behandlingen av den grunn kan komme i gang for sent. Det er også knyttet bekymring til at det tvungne vernet må avsluttes på bakgrunn av gjenvunnet samtykkekompetanse, men før pasienten er tilstrekkelig stabilisert. Konsekvensen kan bli sykere pasienter, mer utagering og forløp med gjentatte tvangsinnleggelser. Tilbakemeldingene handler blant annet om at vilkåret, gjennom slike sammenhenger, kan ha ført til økt tvangsbruk i psykisk helsevern totalt sett, og at politiet i økende grad må bistå helsevesenet med å håndtere personer med alvorlig psykisk sykdom.

Funnene fra to evalueringer som ble gjennomført i regi av Helsedirektoratet i 2019 har gitt nyttig innsikt i utviklingen i tjenestene den første tiden etter at vilkåret om manglende samtykkekompetanse trådte i kraft. Det har nå gått fem år, og det er behov for å undersøke tilbakemeldinger fra både tjenesten, brukere og pårørende om praksisforskjeller, utfordringer og endringer i behandlingstilbudet som knyttes til lovendringene fra 2017.

## 2.3 Utvalgets mandat

### 2.3.1 Mandatpunktene

Av mandatet følger det at utvalgets evaluering skal bygge videre på funnene fra de evalueringene som ble gjennomført i 2019. Arbeidet skal vektlegge pårørendes behov og ivaretakelsen av samfunnets sikkerhet.

| Ekspertutvalget fikk følgende mandat: |
| --- |
| Gjennomgå endringen i psykisk helsevernloven om krav om manglende samtykkekompetanse, med særlig vekt på hvilke utfordringer lovendringen har gitt for helsetjenestene, brukerne og pårørende.<br><br>Vurdere praktiseringen av samtykkevilkåret ved å fremskaffe kunnskap om forståelse og praksis i tjenesten, herunder undersøke evt. forskjeller mellom tjenestestedene og årsakene til dette.<br><br>Undersøke eventuelle endringer i pasientforløp på gruppenivå etter lovendringen, herunder hvorvidt pasientene får nødvendig og forsvarlig psykisk helsehjelp og behandling til rett tid.<br><br>Vurdere om vilkåret om manglende samtykkekompetanse har ført til større involvering av politiet enn tidligere og om hevingen av terskelen for tvangsbruk har ført til mer vold eller andre samfunnsmessige konsekvenser, herunder for samfunnsvernet.<br><br>Vurdere hvorvidt vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan komme i konflikt med ansattes rett til forsvarlig arbeidsmiljø etter arbeidsmiljøloven.<br><br>Undersøke praksis knyttet til de ulike vedtakstypene (tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern og tvungen behandling uten samtykke) etter lovendringen.<br><br>Undersøke hvordan praktiseringen av farevilkåret har utviklet seg etter lovendringen, herunder hva vurderingen baserer seg på av opplysninger og hvordan ulike hensyn vektes.<br><br>Undersøke om samtykkevilkåret påvirker tidspunktet for opphør av dom til psykisk helsevern.<br><br>Undersøke hvilke utfordringer tjenesten, brukerne og pårørende opplever, og skissere aktuelle tiltak for å møte utfordringene.<br><br>Undersøke hvorvidt rapporterte utfordringer med samtykkevilkåret er særlig knyttet til pasientgrupper med visse diagnostiske kjennetegn.<br><br>Vurdere årsaker til at handlingsrom innenfor bestemmelsen eventuelt ikke benyttes.<br><br>Ut fra egne funn og eksisterende kunnskap vurdere og foreslå lovendringer og tiltak for videre utvikling av regelverk og praksis som ivaretar målet om å forhindre feil bruk av tvang og balanserer pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser, inkludert CRPD.<br><br>Vurdere og foreslå tiltak til hvordan pårørendestøtte kan videreutvikles.<br>Involvere representanter fra politiet og påtalemyndigheten, KS og andre aktører i de deler av arbeidet dette er relevant.<br><br>Vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av forslag til endringer. |

Tabell 2.2: Mandatpunktene til ekspertutvalget om samtykkekompetanse

### 2.3.2 Overordnede kommentarer til utvalgets fortolkning av mandatet

Mandatet peker spesifikt på vilkåret om manglende samtykkekompetanse og etterspør konsekvenser av og erfaringer med denne lovendringen. Manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og behandling var én av flere endringer i en omfattende revisjon av psykisk helsevernloven i 2017. For eksempel ble det å forebygge og begrense bruk av tvang lagt til formålsbestemmelsen (§ 1-1), kravene til utforming av vedtak og begrunnelse for vedtak ble skjerpet (§§ 3-3 a og 4-4 a) og den obligatoriske observasjonstiden ble utvidet fra tre til fem døgn før det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke (§§ 4-4 og 4-4 a). For å vurdere betydningen av samtykkevilkåret, har utvalget forsøkt å forstå mulige konsekvenser av de øvrige endringene i psykisk helsevernloven i 2017. Utvalgets vurdering er at disse lovendringene også kan ha påvirket praksis, blant annet varighet av tvungent vern eller terskel for å fatte tvangsvedtak, og at samtykkevilkåret i noen grad vil samspille med de øvrige lovendringene.

Videre mener utvalget at samtykkevilkårets betydning må ses i lys av hvordan lovendringene ble implementert. Uklare føringer for krav til kompetansevurderinger i tjenesten og mangelfull opplæring i hvordan samtykkekompetanse skal vurderes kan i noen tilfeller bety at praksis er basert på feil forståelse av kompetansebegrepet. Det kan også bety at vurderinger er gjort på et mangelfullt grunnlag. Utvalget mener at betydningen av slike forhold må skilles fra erfaringer med selve vilkåret.

Både før og etter 2017, har det vært en rekke endringer i helsetjenesten og i samfunnet ellers. Disse kan ha hatt direkte betydning for utviklingstrekk utvalgets mandat omhandler og for tjenestens praktisering av samtykkevilkåret. Dette gjelder for eksempel nedbygging av døgnkapasitet i psykisk helsevern, koronapandemien, utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell med adekvat kompetanse, prioriteringer i helsetjenesten, styringssignaler fra sentrale helsemyndigheter, helsepersonells holdninger til bruk av tvang, rammer og prosedyrer for samhandling og pårørendeinvolvering eller befolkningens tilgang til og bruk av rusmidler. Alt dette er eksempler på forhold som det ikke har vært mulig å isolere fra erfaringer og endringer som knytter seg spesifikt til samtykkevilkåret, men som utvalget forstår som en del av det totale utfordringsbildet.

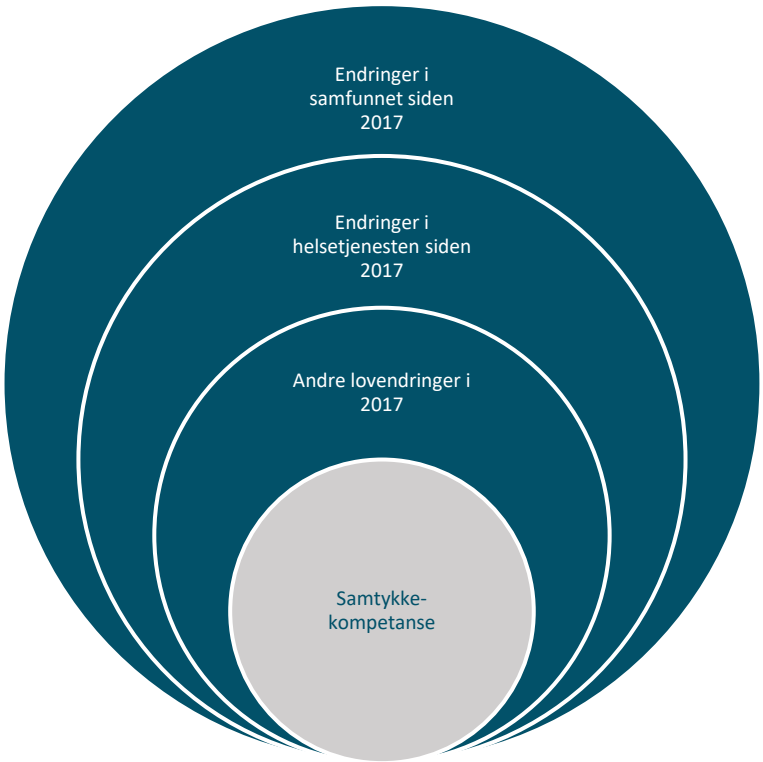
I noen grad har utvalget funnet det naturlig å drøfte betydningen av slike forhold i rapporten. Utvalget vil spesielt nevne betydningen av redusert kapasitet i helsetjenester rettet mot personer med psykiske lidelser, både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten under nedstengningen som fulgte av smitteverntiltak og omprioriteringer under koronapandemien i 2020 og 2021. Registerdata for psykisk helsevern viser markante brudd i aktivitetsstatistikken for disse årene, og ventetidene for behandling har økt. Utvalget vurderer at pandemien kan ha rammet tilbudet til sårbare grupper, og at det også kan ha hatt betydning for observerte utviklingstrekk for pasientforløp eller bruk av tvang i psykisk helsevern.

Utvalget forstår mandatet slik at det vektlegger forhold som gjelder ivaretakelse av samfunnsvernet. Noen av mandatpunktene er begrunnet i en bekymring for at samtykkevilkåret kan ha medvirket til en økning i alvorlige episoder hvor personer med alvorlig psykisk lidelse er involvert i drap, alvorlige voldshendelser eller trusselsituasjoner. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse for etablering eller opprettholdelse av tvungent vern og behandling uten eget samtykke gjelder ikke ved «fare for andres liv eller helse». Ivaretakelsen av samfunnsvernet i psykisk helsevern vil derfor som utgangspunkt være uendret etter innføringen av samtykkevilkåret. Samtykkevilkåret kan likevel sies å ha aktualisert farevilkåret i den forstand at det blir viktigere å fange opp fare i de tilfeller der pasienten er eller fremstår

som samtykkekompetent. Dette gjelder også ved forverring av pasientens tilstand som kan innebære realisering av et farepotensial når pasienten ikke er underlagt tvungent vern.

Utvalget anerkjenner at vurdering av fare er en krevende oppgave i en akuttsituasjon der ofte ukjente pasienter skal vurderes innenfor korte frister, eller i kommunene hvis pasienten er vurdert som samtykkekompetent og ikke ønsker kontakt med hjelpeapparatet. Utvalgets forståelse er også at helsepersonell før 2017 ofte valgte å begrunne vedtak om tvungent vern i behandlingsvilkåret så langt det var mulig, og at erfaringen med farevurderinger kan være begrenset. Utvalget mener at det er viktig å være oppmerksom på sammensatte årsaksmekanismer også i spørsmålet om fare. Det er en rekke forhold, utover samtykkevilkåret, som kan innvirke på voldsutøvelse blant det fåtallet av personer med alvorlig psykisk lidelse som kan representere en fare for andre. Tilgang til rusmidler, fravær av trygghet og tilhørighet eller opplevelse av utenforskap er eksempler på slike forhold.

Gjennom utvalgets arbeid har det blitt stadig tydeligere hvor sammensatt mekanismene bak utviklingen har vært.  Det har derfor vært viktig for utvalget å unngå å peke på enkeltårsaker uten samtidig å vurdere hvordan disse virker sammen med flere forhold. Dette er illustrert ved figur 2.1, og utdypes også i kapittel 3.5.




Figur 2.1: Samtykkevilkåret i psykisk helsevernloven samspiller med, og er en del av flere endringer som kan forklare utviklingstrekk i helsetjenesten.

Utvalget forstår formålet med evalueringen dithen at arbeidet også skal se på mer overordnede forhold ved helsetjenesten. På bakgrunn av dette, og erkjennelsen av kompleksiteten bak utviklingstrekk i tjenesten, har utvalget valgt å legge en bred tilnærming til grunn for sitt arbeid. På noen områder vil utvalgets rapport derfor også beskrive forhold som ikke eksplisitt etterspørres i mandatet, men som bidrar til å belyse problemstillingene på en mest mulig helhetlig og nyansert måte. Utvalget vil i den anledning spesielt fremheve at perspektiver som begrunner samtykkevilkåret og som synliggjør de positive sidene ved en

kompetansebasert tjeneste er innarbeidet i utvalgets gjennomgang. Utvalget mener at dette bør være en del av vurderingsgrunnlaget for videre lovarbeider.

Etter utvalgets syn er bevissthet om når samtykkekompetanse er relevant, en forutsetning for den videre implementering av en kompetansebasert modell i psykisk helsevern. Gjennom rapporten har utvalget derfor belyst og vurdert ulike situasjoner hvor spørsmålet om beslutningskompetanse gjør seg gjeldende i psykisk helsevern. Dette gjelder ikke bare i forbindelse med bruk av tvang, men også situasjoner hvor manglende beslutningskompetanse tilsier at pasientens interesser skal særlig ivaretas. Utvalgets vektlegging av slike forhold kommer tydelig til uttrykk i utvalgets anbefalinger og forslag til juridiske tiltak. Flere av disse tiltakene handler om å presisere eksisterende bestemmelser om beslutningskompetanse eller om nødvendige tilpasninger av lovverket for å sikre behandling av god kvalitet til for pasienter som mangler beslutningskompetanse.

### 2.3.3 Avgrensninger

Utvalget har konsentrert seg om konsekvensene av lovendringene for personer over 18 år i det psykiske helsevernet. Tilgjengelig statistikk om bruk av tvang i behandling av pasienter i aldersgruppen 16–18 år tyder på at dette gjelder et fåtall pasienter (Helsedirektoratet, 2022a). Både Psykologforeningen og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening ble bedt om å komme med innspill til utvalget vedrørende aldersgruppen. Utvalget fikk innspill fra Psykologforeningen, som tyder på at innføringen av samtykkevilkåret har hatt begrenset betydning for denne gruppen. Ifølge Psykologforeningen er kompetansevurderinger først og fremst relevante for personer mellom 16 og 18 år med alvorlig spiseforstyrrelse. Utvalget er kjent med at denne pasientgruppen har blitt større de senere årene. Utvalget vurderer likevel at det går utover rammene for utvalgets virketid og kompetanse å gå nærmere inn på hvordan samtykkevilkåret har påvirket personer i aldersgruppen 16-18 år. På denne bakgrunnen har utvalgsarbeidet blitt avgrenset mot denne aldersgruppen.

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved «fare for eget liv». Utvalget mener at vurdering av selvmordsrisiko ligger i kjernen av kompetansen til vedtaksansvarlige i psykisk helsevern. Nasjonale tall for selvmord viser ingen større endringer etter 2017 (Folkehelseinstituttet, 2022). Selvmordsrisiko synes i liten grad vil være påvirket av det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Utvalget har ikke funnet statistikk eller analyser som eksplisitt kan bekrefte eller avkrefte utvalgets antagelse, men har likevel ikke valgt å prioritere denne problemstillingen med begrunnelse i utvalgets virketid. Utvalget er kjent med at «fare for eget liv» omfatter mer enn akutt selvmordsrisiko, og viser til omtalen i punkt 3.6.3.

Spørsmålet om beslutningskompetanse kan være relevant for en rekke grupper. Manglende språk- og kulturell forståelse kan også innvirke på vurderingen av beslutningskompetansen. Utvalget har ikke hatt en sammensetning til å gå med tilstrekkelig dybde inn i slike spørsmål og har derfor avgrenset sitt arbeid mot disse.

### 2.3.4 Begrensninger i utvalgets arbeid

Utvalgets mandat er omfattende, og utvalget vurderer at flere av mandatpunktene berører problemstillinger der det foreligger et begrenset kunnskapsgrunnlag å støtte seg på. Forhold omtalt over innebærer også at fortolkning av tilgjengelig statistikk kompliseres da det i de fleste sammenhenger må antas at flere eller andre forhold enn samtykkevilkåret har betydning for observerte utviklingstrekk. Grundige vurderinger ville forutsatt innsamling og analyse av data i et omfang og med en metodisk tilnærming som ikke har vært mulig innenfor rammene

av utvalgets arbeid. Utvalget har derfor tatt utgangspunkt i at arbeidet og vurderinger i stor grad må basere seg på eksisterende data og analyser. Der hvor utvalget har vært i tvil om hva som forventes ut fra mandatet, har utvalget tolket det innskrenkende snarere enn utvidende ut fra utvalgets funksjonstid og ressurser for å levere rapporten. Der tilgangen til relevante studier eller statistikk er begrenset, vil utvalgets vurderingsgrunnlag være mangelfullt. Utvalgets vurderinger vil følgelig være beheftet med en viss grad av usikkerhet. Enkeltpunkter har det ikke latt seg gjøre å besvare på annet enn en mer overflatisk måte eller utelukkende basert på innspill og tilbakemeldinger til utvalget.

En generell bekymring ved en slik tilnærming er at det er en fare for at beslutninger angående samtykkevilkåret i for stor grad kan bli basert på oppfatningen til enkeltpersoner, grupper eller ulike tjenestetilbud. Samfunnsdebatten knyttet til bruk av tvang er preget av sterke stemmer og stort spenn i erfaringer både på individ- og gruppenivå. Utvalget har forsøkt å legge til rette for at ulike stemmer skal bli hørt. Det er likevel ikke gitt at de ulike nyansene i bildet kommer frem på en tilstrekkelig representativ måte.

Utvalget vil fremheve betydningen av et solid kunnskapsgrunnlag om hvordan pasienter, pårørende og helsetjenestene har opplevd og opplever samtykkevilkåret som grunnlag for tvungent vern og behandling uten eget samtykke. På denne bakgrunnen oppfordrer utvalget departementet til å vurdere behov for ytterligere studier som kan utdype de delene av mandatet der utvalgets arbeid ikke er dekkende.

Utvalget er bedt om å «undersøke eventuelle endringer i pasientforløp på gruppenivå etter lovendringene, herunder hvorvidt pasientene får nødvendig og forsvarlig psykisk helsehjelp og behandling til rett tid». Utvalget er også bedt om å «undersøke hvorvidt rapporterte utfordringer med samtykkevilkåret er særlig knyttet til pasientgrupper med visse diagnostiske kjennetegn». Etter utvalgets syn er dette svært krevende og vidtrekkende problemstillinger å belyse fyllestgjørende. Utvalget har i noen grad belyst spørsmålet om endringer i forløp gjennom registerdata-analyser, men i hovedsak på et aggregert nivå. At tilgjengelige registerdata ikke inneholder informasjon om varighet og tidspunkt for opphør av tvungent vern er en særlig begrensende faktor for slike vurderinger. Her ser utvalget derfor behov for utdypende og klinikknære studier som kan belyse lokal praksis, utviklingstrekk for spesifikke pasientgrupper, som i større grad dekker forløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten og som inneholder informasjon om etablering og opphør av tvungent vern samt om effekt av behandlingen.

Fra innspill til utvalget og i kvalitative evalueringer, har pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP) blitt trukket frem som særlig krevende å vurdere samtykkekompetansen hos. Betydningen av rus er belyst i registerdata-analyser gjennomført på oppdrag fra utvalget, men innenfor gjeldende tidsramme og tilgjengelige ressurser, har det ikke vært innenfor rekkevidde å belyse endringer i forløp for andre grupper på en fullverdig måte. Det handler også om at gruppene er forholdsvis små og at eventuelle endringer kan være drevet av tilfeldige forhold som må hensyntas i en analyse.

Utvalget mener at mandatpunktet om årsaker til forskjeller mellom tjenestestedene i praktiseringen av samtykkevilkåret vil kreve ytterligere både kvalitative og kvantitative studier for å la seg besvare. Utvalgets analyser har gjennom registerdata identifisert praksisforskjeller i bruk av tvungent vern og observerer at disse for noen områder har økt etter 2017. Innspill og kvalitative evalueringer antyder at forskjeller som knytter seg spesifikt til kompetansevurderinger kan handle om mangelfull opplæring, men som for øvrige vilkår for tvungent vern, er det trolig en rekke underliggende faktorer som kan ha bidratt til observerte

forskjeller. De geografiske forskjellene i tvungent vern er store og vedvarende. Dette er for eksempel belyst i en registerstudie av Hofstad mfl. fra 2021 (Hofstad et al., 2021a). Utvalgets vurdering er at det kan være mange årsaker til slike forskjeller, men at de store geografiske forskjellene i bruk av tvang som kan observeres fra registerstudier generelt gir grunn til bekymring. Etter utvalgets syn, burde det gjennomføres grundige analyser for å oppklare hva som kan være årsaken til slike forskjeller. Dette vil kreve studier hvor befolkningsundersøkelser med informasjon om prevalens av psykisk lidelse også inngår i analysegrunnlaget.

Utvalget er bedt om å undersøke endringer i bruk av farevilkåret, og har primært sett hen til registerdata for å belyse dette mandatpunktet. Grunnet mangelfull rapportering av informasjon om vilkår etter omfattende endringer i flere av helseforetakenes journalsystemer de senere årene, har det ikke latt seg gjøre for utvalget å innhente sikre tall om bruk av farevilkåret etter 2020. Registerdata gir heller ikke informasjon om hva farevurderingen baserer seg på av opplysninger og hvordan ulike hensyn vektes. Dersom slike spørsmålet skal besvares må det derfor enten gjøres en større kvalitativ undersøkelse, eventuelt en systematisk journalgjennomgang. Et slikt arbeid har ikke vært innenfor utvalgets rekkevidde.

Utvalget har funnet det krevende å vurdere hvorvidt vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan komme i konflikt med ansattes rett til forsvarlig arbeidsmiljø etter arbeidsmiljøloven. Det har ikke latt seg gjøre for utvalget å finne robuste datagrunnlag for å besvare dette mandatpunktet fyllestgjørende. Likevel mener utvalget å ha indikasjoner på at andre deler av lovendringene i 2017, som utvidet obligatorisk observasjonstid fra tre til fem døgn for før behandling uten samtykke (phvl. § 4-4), kan ha bidratt til mer uro i akuttavdelingene i det psykiske helsevernet, fordi det betyr at det tar mer tid før medisinering kan igangsettes. Utvalget vil dessuten påpeke at det er kjent at ansatte i de psykiske helsetjenestene er en arbeidstakergruppe som mer enn andre er i risiko for trusler og vold på sin arbeidsplass. Dette gjelder både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at dette er en situasjon det er grunn til å ta på alvor, uavhengig av hvorvidt samtykkevilkåret har bidratt til en ytterligere forverring av situasjonen.

Utvalget er bedt om å «vurdere om vilkåret om manglende samtykkekompetanse har ført til større involvering av politiet enn tidligere». Utvalget har innhentet tallgrunnlag fra politiets operasjonslogg, men er kjent med at dette er data som ikke er kvalitetssikret eller utarbeidet for statistikkformål. Det er derfor usikkert hvor godt de er egnet for å belyse spørsmålet om involvering av politi. Utvalget er heller ikke kjent med andre kilder som kan belyse dette på en bedre måte.

Utvalget har måttet begrense seg til gjennomgang av rettspraksis for å besvare mandatpunktet om samtykkevilkåret påvirker tidspunktet for opphør av dom til tvungent psykisk helsevern. Det har ikke latt seg gjøre for utvalget å innhente annet datagrunnlag for å besvare dette punktet i mandatet.

## 2.4 Utvalgets arbeid

Til sammen har utvalget hatt 19 møter, hvorav tre var digitale. Fysiske møter ble avholdt i Helsedirektoratets lokaler i Oslo. I tillegg har utvalgets medlemmer gjennom hele fungeringsperioden avholdt både fysiske og digitale gruppemøter etter behov.

Utvalget hadde sitt første møte 10. juni 2023, med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet til stede. Siste møte ble avholdt 31. mai 2023. Vedlegg 2 gir en kort oversikt over datoer, tema og sted for utvalgsmøtene.

Sekretariatet har bistått utvalgets arbeid og bidratt med kunnskapsinnhenting, herunder anskaffelse av analyser fra eksterne miljøer, litteraturgjennomgang, samt innhenting og bearbeidelse av statistikk og registerdata-analyser. Medlemmer av sekretariatet har også holdt innlegg om nytt og eksisterende kunnskapsgrunnlag på utvalgets møter.

### 2.4.1 Arbeidsform

Arbeidet på utvalgsmøtene har tatt utgangspunkt i fem hovedtema, basert på en gruppering av punktene i mandatet:

- Samtykkebegrepet i lovgrunnlaget
- Brukerperspektivet
- Pårørendeperspektivet
- Helsetjenestens perspektiv
- Samfunnsvern

I den første delen av utvalgsarbeidet ble medlemmene tilsvarende organisert i fem arbeidsgrupper, etter faglig tilhørighet. Arbeidsgruppene holdt innlegg på utvalgsmøtene med utgangspunkt i hovedtema. Innleggene dannet utgangspunkt for felles diskusjon og beslutninger.

Utvalgets arbeid har bestått av tre faser, med noe glidende overganger mellom de ulike fasene. I fase 1 var hovedfokus å kartlegge og identifisere utfordringer innenfor hvert av hovedtemaene. Sentralt her var å gi en beskrivelse av status, å avdekke problemstillinger og å kartlegge kunnskap og behov for kunnskapsinnhenting. I fase 2 skulle arbeidsgruppene komme med vurderinger og foreslå tiltak knyttet til identifiserte utfordringer. Etter fase 1 og 2 ble arbeidsgruppene oppløst og i fase 3 jobbet utvalgsmedlemmene videre med å bearbeide og beslutte tiltak. Mot slutten av utvalgsperioden ble møtene i hovedsak benyttet til gjennomgang av rapporten.

Mottatte innspill, status for eksterne oppdrag og planlegging av videre arbeid har vært faste agendapunkter på alle utvalgsmøtene.

### 2.4.2 Eksterne innledere på utvalgsmøtene

Utvalget har invitert et bredt utvalg av aktører til å holde innlegg for å belyse de ulike tema i mandatet. Tre av innlederne ble invitert for å belyse bruker- og pårørendeperspektivet. Helsetjenesten og helsepersonell har vært representert ved organisasjoner og foreninger. Flere jurister har bidratt med perspektiver på lovverket og samfunnsvernet. Utvalget har som en del av kunnskapsinnhentingen også invitert aktører fra ulike fagmiljøer til å holde innlegg om funn fra egne utredninger og bestilte oppdrag. Tabell 2.3 gir en kort oversikt over innledere, i den rekkefølgen innleggene ble holdt.

| Navn | Tilknytning |
|---|---|
| Kari Paulsrud | Kontrollkommisjonen ved Oslo universitetssykehus |
| Siri Weisæth | Psykiatrigruppen ved Oslo politidistrikt |
| Bjørn Henning Østenstad | Det juridiske fakultetet (UiB) og leder av Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14) |
| Håkon Kongsrud Skard, Kim Edgar Karlsen og Ingvild Aubert | Psykologforeningen |
| Lars Lien, Anne Kristine Bergem og Miriam Sandvik | Norsk psykiatrisk forening |
| Linn Nordseth, Tor Wessel, Thea M Belseth, Erik Andreas Torkildsen, Andrea Ørne Brodahl, Anders Kvadsheim Mygland, Morten Hellang, Karianne Olsen Salte og Nils Erik Fjeldvik | Statsforvalterne<br>- Oslo og Viken<br>- Rogaland<br>- Vestfold og Telemark |
| Arnhild Lauveng | Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse |
| Øyvind Holst | Regionalt kompetansesenter SIFER |
| Unn Kristin Haukvik | Institutt for klinisk medisin (UiO) og Klinikk Psykisk helse og avhengighet (OUS) |
| Reidar Pedersen | Senter for medisinsk etikk (UiO) (Presentasjon av analyse) |
| Inger Elisabeth Hagen | Pårørendesenteret i Oslo (PIO) |
| Patricia Jardim mfl. | Folkehelseinstituttet (Presentasjon av litteratursøk) |
| Espen Gade Rolland og Svein Roland Olsen | Norsk sykepleierforbunds faggruppe innen psykisk helse og rus |
| Bjørn Stensrud | Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) |
| Aslak Syse | Institutt for offentlig rett (UiO) |
| Fredrik Walby | Det medisinske fakultet (UiO) |

| Navn | Tilknytning |
|---|---|
| John-Filip Lundhaug Strandmoen og Heidi Fischer-Norman | Kripos |
| Trond Hatling | Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) |
| David Galea | FACT Lovisenberg diakonale sykehus |
| Johan Siqveland og Axel Davies Vittersø | Akershus universitetssykehus HF (Presentasjon av analyse) |
| Erlend Bugge og Jon Ørstavik mfl. | Kompetansesenter for frivillighet og tvang/ Norsk forening for Allmennmedisin (Presentasjon av spørreundersøkelse) |

Tabell 2.3: Eksterne innledere på utvalgsmøter

### 2.4.3 Innspill til utvalget

Utvalget har invitert ulike aktører som er berørt av innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse til å komme med skriftlige innspill. Invitasjonen ble sendt til et bredt utvalg av organisasjoner, offentlige instanser med flere. Utvalget la også ut en åpen invitasjon til publikum på sin nettside.

I invitasjonen som ble sendt ut, ble aktørene særlig bedt om å gi innspill på følgende:

- Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget
- Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten
- Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret
- Utfordringer knyttet til samfunnsvern
- Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Punktene var ment som veiledende og aktørene ble oppfordret til også å komme med andre innspill som kunne være relevante for å belyse mandatet.

Utvalget har mottatt til sammen 44 innspill fra offentlige instanser, organisasjoner og enkeltpersoner. Alle innspill er fortløpende publisert på utvalgets nettsider. Utvalget har ønsket at stemmer til ulike aktører skal være synlige i rapporten og at de skal lyttes til av dem som mottar utvalgets anbefalinger. Mange innspill er derfor innarbeidet i de ulike delene av rapporten. Enkelte tekstbidrag er også gjengitt. Se vedlegg 3 for oversikt over mottatte innspill.

## 2.5 Kunnskapsgrunnlaget

Utvalget har basert sitt arbeid på innspill og presentasjoner omtalt over, offentlig tilgjengelig statistikk og publiserte artikler, offentlige utredninger og rapporter og andre publikasjoner fra relevante fagmiljøer og aktører. I tillegg har utvalget også initiert flere aktiviteter for å supplere kunnskapsgrunnlaget.

### 2.5.1 Senter for medisinsk etikk: Oppfølging av evaluering fra 2019

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Senter for medisinsk etikk (SME) i 2019 en kvalitativ evaluering av lovendringene i psykisk helsevernloven. Funnene ble brukt i utviklingen av et e-læringskurs for å vurdere samtykkekompetanse som også ble utført av SME på oppdrag fra Helsedirektoratet. Resultatene fra denne første evalueringen er forelagt utvalget i form av en intern rapport som belyser flere av mandatpunktene.

Utvalget ba SME om å gjøre en oppdatert kvalitativ evaluering av erfaringene med nye intervjuer av de samme informantene. I oppdateringen ville utvalget at SME skulle beskrive informantenes erfaringer med følgende:

- Hva er konsekvensene av å innføre vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern i 2017?
- Hvordan gjøres vurderinger av samtykkekompetanse i praksis? Hvilke utfordringer knytter seg til vurdering av samtykkekompetanse?
- Hvordan har endringene i psykisk helsevernloven i 2017 påvirket bruk av relaterte bestemmelser og lovverk, blant annet farevilkåret?
- Hva er behovet for opplæring og verktøy for å vurdere samtykkekompetanse fem år etter lovendringene?

Evalueringen brukte et kvalitativt studiedesign. Det ble gjennomført intervjuer med aktører som var berørt og hadde erfaring med lovendringene i 2017, det vil si med pasienter, pårørende, helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten og representanter for tilsynsorganene. I første intervjurunde i 2018 var det 60 informanter i evalueringen. I 2022-2023 ble det gjennomført oppfølgingsintervjuer med 26 av de samme informantene. Resultater fra evalueringen ble presentert for utvalgsmedlemmene i utvalgsmøte 24. mars 2023. De er også oppsummert for utvalgets formål i en intern rapport til utvalget fra april 2023. Resultater fra evalueringen er gjengitt flere steder i rapporten og omtalt som SME-valueringen. Se vedlegg 4 for en nærmere omtale av datagrunnlag og metode for evalueringen.

### 2.5.2 Helsedirektoratet: Oppfølging av evaluering fra 2019

Helsedirektoratet publiserte i 2020 en evalueringsrapport som belyste utvikling i bruk av tvang den første tiden etter lovendringene i 2017 (Bremnes et al., 2020). Analysene som lå til grunn for evalueringsrapporten bygger på registerdata fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2016–2018. Observasjonsperioden var med det for kort til at eventuelle langtidseffekter av det nye vilkåret kunne identifiseres. For best mulig å kunne belyse mandatpunkter som gjelder praksis, praksisforskjeller og utilsiktede endringer i pasientforløp over tid, ba utvalget Helsedirektoratet om en oppdatering og utvidelse av analysene i evalueringsrapporten basert på data fra NPR og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2015–2022.

Analysegrunnlaget omfatter alle pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre som i denne perioden har vært til behandling i psykisk helsevern, det vil si ved en offentlig finansiert poliklinikk, et distriktspsykiatrisk senter, i en psykiatrisk sykehusavdeling eller ved en privat institusjon som leverer spesialisthelsetjenester innenfor tjenesteområdet psykisk helse på vegne av de regionale helseforetakene. Data fra KPR er, med begrunnelse i oppgavens omfang, avgrenset til å gjelde legevaktkontakter for disse pasientene.

Helsedirektoratet har også bistått utvalget med tilrettelegging og uttrekk av statistikk fra registerdata som belyser aktivitet og aktivitetsutvikling i psykisk helsevern. Vedlegg 5 gir en nærmere beskrivelse av datagrunnlag og metode.

Analysene er gjennomført i tett og løpende dialog med sekretariatet og overlevert i form av figurer og tabeller. Resultater presenteres i flere deler i rapporten, men spesielt i kapittel 6, 8 og 9. Analysene omtales som registerdata-analysene.

### 2.5.3 Norsk forening for allmennmedisin og Kompetansesenter for Frivillighet og tvang: Spørreundersøkelse blant allmennleger

Norsk forening for allmennmedisin (NAFA) og kompetansesenteret for Frivillighet og tvang har, på forespørsel fra utvalget, utarbeidet og gjennomført en spørreundersøkelse blant norske allmennleger om samtykkevilkåret i psykisk helsevernloven. Formålet med spørreundersøkelsen var å belyse allmennlegenes perspektiver på vilkåret.

Undersøkelsen tok utgangspunkt i tre problemstillinger:

1. Hvordan forstås samtykkekompetansevilkåret av allmennleger?
2. Hvordan gjennomføres vurdering av samtykkekompetanse av allmennleger?
3. Hvilke erfaringer har allmennleger med vurdering av samtykkekompetanse med hensyn til klinisk praksis, henvisningspraksis m.m.?

Problemstillingene er formulert på bakgrunn av utvalgets mandat og et ønske om å belyse hvordan kommunale aktører forstår og praktiserer vilkåret om manglende samtykkekompetanse.

Et spørreskjema ble sendt til 8 000 medlemmer av Norsk forening for allmennmedisin. Totalt 829 medlemmer besvarte undersøkelsen. Flertallet var fastleger med spesialisering i allmennmedisin. Responsraten for undersøkelsen er forholdsvis lav, men respondentene var bredt sammensatt.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble presentert i utvalgsmøte 27.april 2023 og omtales i kapittel 9. Statistikk basert på undersøkelsen publiseres også på nettsiden til utvalget, som et tillegg til utvalgets rapport (Ekspertutvalg om samtykkekompetanse, 2023).

### 2.5.4 Akershus universitetssykehus, FOU: Analyse av lokale journaldata om akuttinnleggelser

For å undersøke hvordan og i hvilken grad samtykkevillkåret kan ha virket inn på pasientforløpene, har utvalget forespurt Avdeling FoU Psykisk helsevern og rus-divisjonen på Akershus universitetssykehus om å hente ut lokale data og gjøre analyser av symptomtrykk og forløp for pasienter ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus.

Analysen bygger på informasjon om innleggelser på akuttpsykiatrisk avdeling (AKU) i perioden fra 1. mars 2021 til 30. november 2022, og ser spesifikt på de pasientene som hadde samtykkekompetanse, men som ikke ønsket innleggelse på AKU.

Analysene ble presentert for utvalget i et digitalt møte 12. april og er oppsummert i en egen rapport som publiseres på utvalgets nettsider, som et tillegg til utvalgets rapport (Ekspertutvalg om samtykkekompetanse, 2023). Resultater fra studien er omtalt i kapittel 6 i rapporten.

### 2.5.5 Folkehelseinstituttet: Systematisk litteratursøk med sortering

Folkehelseinstituttet (FHI) har på oppdrag fra utvalget gjort et systematisk litteratursøk med sortering for å kartlegge hva som finnes av forskning om tvang og voldsutøvelse begått av personer med alvorlig psykisk lidelse. Søket tok utgangspunkt i spørsmålet:

«Hva finnes av forskning som ser på tvangsbehandling for personer med schizofreni, psykose, bipolar og maniske lidelser og utøvelse av vold i institusjoner eller i samfunnet?»

Det ble søkt i 8 databaser, og studiene ble vurdert for inklusjon/eksklusjon på grunnlag av titler og sammendrag. Relevant litteratur ble sortert i kategorier etter studietype, land, diagnose, kontekst for vold, type behandling/tvang, studiens oppfølgingstid, fulltekst i annet språk enn engelsk eller skandinavisk og studiens relevans for problemstillingen. Søket identifiserte til sammen 52 aktuelle studier, men flertallet var mer enn 10 år og/eller hadde begrenset relevans for utvalgets mandat.

FHI har oppsummert resultatet av litteratursøket i en egen rapport fra januar 2023 (Jardim PJS et al., 2023).

## 2.6 Sentrale begreper, definisjoner og forkortelser i rapporten

#### Samtykkekompetanse og beslutningskompetanse:

Som ett av flere tiltak, anbefaler utvalget at begrepet «samtykkekompetanse» i helselovgivningen erstattes med «beslutningskompetanse». I rapporten brukes begge begrepene. Samtykkekompetanse viser til gjeldende vilkår i psykisk helsevernloven. I andre sammenhenger brukes begrepet beslutningskompetanse.

«En kompetansebasert modell» henviser til et lovgrunnlag som vektlegger pasientens beslutningskompetanse. Manglende beslutningskompetanse inngår som et vilkår for tvang.

#### Begreper og forkortelser som beskriver bruk av tvang i psykisk helsevern

| | |
|---|---|
| Tvungent vern | Fellesbetegnelse for tvungen observasjon (TO) (phvl. § 3-2) og tvungent psykisk helsevern (TPH) (phvl. § 3-3). |
| TUD | Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (phvl. § 3-3) |
| Tvungen behandling | Brukes som et mer generelt begrep for undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4). I rapporten viser behandling uten eget samtykke til gjeldende vilkår i phvl. |
| Tvangsinnleggelse | Beskrive innleggelser til døgnbehandling i psykisk helsevern der det foreligger/fattes vedtak om tvungen observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern eller om overføring fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. |
| Ikke-etablering | Beskriver innleggelser der pasienten er henvist for tvungent vern, men der tvungent vern ikke etableres. |
| Dom til TPH/DTPH | Gjelder dom tidsbestemt eller tidsubestemt dom til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62) |

### Alvorlig psykisk lidelser og alvorlig sinnslidelse

Utvalget bruker «alvorlig psykisk lidelse» som en samlebetegnelse for psykoselidelser og andre psykiske lidelser som gir et tilsvarende funksjonsfall. Det finnes ingen allmenn enighet om hvilke lidelser som er omfattet av begrepet «alvorlig psykisk lidelse», og det vil bero på en vurdering av symptombildet og funksjonstapet til den enkelte pasient. Typiske eksempler vil likevel være schizofrenilidelser (ICD-10 kapittel F20–29), maniske eller bipolare lidelser (ICD-10 kapittel F30–31), alvorlig depressive lidelser (ICD-10 kapittel F32.2–3, F33.2–3) og rusutløste psykoser (ICD-10 kapittel F1[0-9].5). Utvalget bruker «alvorlig sinnslidelse» i omtale av hovedvilkåret for tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 nr. 3. Dette er et juridisk begrep som handler om funksjonsfall og som ikke kan knyttes til spesifikke diagnosekoder.

### Rusmiddelmisbruk og ROP-lidelse

Utvalget bruker rusmiddelmisbruk som en fellesbetegnelse for skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Psykisk lidelse og et samtidig rusmiddelmisbruk vil i rapporten være omtalt som ROP-lidelse.

### Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

| | |
|---|---|
| Psykisk helsevern | Beskriver spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud rettet mot personer med psykiske lidelser. |
| Psykisk helsearbeid | Beskriver kommunehelsetjenestens tjeneste- og behandlingstilbud rettet mot personer med psykiske lidelser og vansker. |

### Pasient og bruker

I helselovgivningen brukes «pasient» om de som mottar helsehjelp, mens en del foretrekker «bruker». Rapporten anvender begrepet «pasient» fordi det brukes gjennomgående i lovverket i spesialisthelsetjenesten. I rapporten benyttes likevel «pasient» og «bruker» om hverandre, med bevissthet om at dette er et krevende spørsmål.

Andre begreper og forkortelser beskrives fortløpende i kapitlene.

## 2.7 Rapportens oppbygging

Rapporten består av 14 kapitler, fordelt på fire hoveddeler, samt vedlegg:

### DEL 1 Innledning

Kapittel 1 inneholder en kort innledning og et sammendrag av rapporten
Kapittel 2 beskriver utvalgets sammensetning, mandat og arbeid

### DEL 2 Bakgrunn

Kapittel 3 beskriver beslutningskompetanse som begrep og dets rolle i psykisk helsevern
Kapittel 4 gir en beskrivelse av hvordan kompetansevurderinger kan gjøres i klinisk praksis
Kapittel 5 redegjør for menneskerettslige perspektiver på beslutningskompetanse
Kapittel 6 redegjør for utvikling i bruk av tvang i psykisk helsevern etter 2017

### DEL 3 Erfaringer

Kapittel 7 redegjør for pasientperspektiver på samtykke- og beslutningskompetanse
Kapittel 8 beskriver spesialisthelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret
Kapittel 9 beskriver kommunehelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret
Kapittel 10 beskriver pårørendes erfaringer med samtykkevilkåret
Kapittel 11 beskriver samfunnsvernets rolle i psykisk helsevern
Kapittel 12 beskriver utfordringer med å vurdere beslutningskompetanse

### DEL 4 Anbefalinger

Kapittel 13 inneholder utvalgets anbefalinger og tiltak
Kapittel 14 inneholder utvalgets vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser

# DEL 2
# BAKGRUNN

# 3 Beslutningskompetanse i psykisk helsevern


Oppsummering

- Pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi) er et grunnleggende vilkår ved ytelse av alle helse- og omsorgstjenester. I utgangspunktet kan pasienten selv velge å ta imot helsehjelp forutsatt at det foreligger et gyldig samtykke. Samtykket skal være frivillig og informert, og forutsetter at pasienten er beslutningskompetent.

- I 2017 ble manglende samtykkekompetanse innført som vilkår for tvungen observasjon (psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-2), tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) og undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4-4). Vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke når det foreligger fare for personens eget liv eller andres liv eller helse. Innføringen av dette vilkåret kom sammen med en rekke andre endringer i psykisk helsevernloven i 2017, blant annet endret formålsbestemmelse (§ 1-1), lengre observasjonstid før vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4 a) og detaljerte føringer for utforming av tvangsvedtak (§§ 3-3 a og 4-4 a).

- Lovendringene i 2017 ble antatt å ha størst betydning for lengden på perioder pasienter var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og mindre betydning ved opprettelse av tvungent vern (§§ 3-2 og 3-3).

- I løpet av de siste tiårene har det skjedd en utvikling i retning av økt vektlegging av pasientens autonomi i etikk og helselovgivning, både i Norge og internasjonalt. Endringene i psykisk helsevernloven i 2017 innebar en tilpasning til Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

- Tvangslovgivningen i psykisk helsevern i en del andre land har over tid beveget seg i retning av et kompetansebasert lovverk, blant annet i England, Irland, USA og Tyskland.


## 3.1 Innledning

Pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi) er et grunnleggende vilkår ved ytelse av alle helse- og omsorgstjenester. Pasienten står i utgangspunktet fritt til å velge hvorvidt vedkommende ønsker å ta imot helsehjelp. En forutsetning er at det foreligger et gyldig samtykke fra pasienten. Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetslovens (pbrl.) kapittel 4 angir forutsetninger for at samtykket skal være gyldig. Loven krever blant annet at samtykket må være frivillig og at pasienten har fått nødvendig informasjon og er beslutningskompetent. Pasientens autonomi er operasjonalisert gjennom kravet til et frivillig, informert samtykke i helselovgivningen, jf. pbrl. § 4-1, jf. § 4-2. Kravet til nødvendig informasjon skal gi pasienten et forsvarlig grunnlag for å ta en beslutning om egen helse. Hva som er nødvendig informasjon,

vil blant annet avhenge av den aktuelle situasjonen og inngrepets alvor og karakter (pbrl. kapittel 3). Norsk rett oppstiller som hovedregel ikke et formkrav til samtykke. Samtykket kan dermed gis skriftlig, muntlig eller stilltiende. Det stilles imidlertid krav til at beslutninger som er tatt på vegne av pasienten, eksempelvis for pasienter som mangler beslutningskompetanse, noteres ned skriftlig. Behandling uten gyldig samtykke krever grunnlag i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag. Behandling uten samtykke kan forekomme der pasienten ikke evner å samtykke (mangler beslutningskompetanse) og der pasienten ikke vil samtykke (motsetter seg behandlingen).

Psykisk helsevernloven (phvl.) regulerer etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og er den sentrale loven i det psykiske helsevernet. Manglende samtykkekompetanse ble innført som ett av vilkårene for tvungen observasjon (phvl.) § 3-2), tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold (§ 3-3) og behandling uten eget samtykke (§ 4-4) i forbindelse med endringer av psykisk helsevernloven i 2017. Samtykkevilkåret innebærer at kompetente pasienter kan nekte å ta imot tilbud om innleggelse og behandling i psykisk helsevern. Vilkåret gjelder likevel ikke ved «fare for eget liv eller andres liv eller helse». I tillegg til innføringen av kompetansevilkåret, ble det gjort en rekke andre endringer i psykisk helsevernloven i 2017. Formålet med lovendringene var å styrke pasienters medvirkning, selvbestemmelse og rettssikkerhet i det psykiske helsevernet. I dette kapittelet og resten av del 2 av rapporten, viser samtykkekompetanse til gjeldende vilkår i psykisk helsevernloven og beslutningskompetanse brukes som et mer generelt begrep.

## 3.2 Beslutningskompetanse som del av kravene til et gyldig samtykke

Beslutningskompetanse inngår i ett av flere vilkår for et gyldig samtykke (Syse, 2015) (se tabell 3.1).

| Tre vilkår for et gyldig samtykke |
| --- |
| 1. Personell kompetanse: at samtykket er avgitt av riktig person eller dennes representant<br>a. Personen må være helserettslig myndig (som hovedregel 16 år eller eldre)<br>b. Personen må ha beslutningskompetanse<br>2. Prosessuell kompetanse: at samtykket er blitt til på en riktig måte<br>a. Samtykket må ikke ha blitt gitt på grunnlag av svik eller tvang (tilblivelsesmangler)<br>b. Samtykket må være frivillig (kvalitet)<br>c. Samtykket må oppfylle de formelle kravene ut fra type medisinsk virksomhet (formkrav)<br>3. Materiell kompetanse: at samtykket må gjelde det pasienten gyldig kan samtykke til |

Tabell 3.1: Et gyldig samtykke forutsetter at pasienten oppfyller tre vilkår, hvor beslutningskompetanse inngår som del av vilkåret om personell kompetanse (Syse, 2015).

Det er et samspill mellom disse tre vilkårene for et gyldig samtykke. Jo mindre personell kompetanse en person har, for eksempel som følge av en psykisk lidelse, jo strengere krav stiller det til at samtykket blir avgitt på en riktig måte (prosessuell kompetanse) (Syse, 2000). En pasient som mangler beslutningskompetanse (personell kompetanse), må derfor styrkes

ved representasjon i beslutningssituasjonen (for eksempel ved hjelp nærmeste pårørende) eller at helsepersonell må handle ut fra en vurdering av hva pasienten ville ønsket. Nærmeste pårørende har en generell medvirkningsrett etter pbrl. § 3-1, selvstendig uttalerett og klagerett over visse vedtak etter psykisk helsevernloven, men har ikke rett til å samtykke til innleggelse eller behandling på vegne av pasienten. Disse reglene tar sikte på å begrense hvor «urimelige» og «uhensiktsmessige» avgjørelser en person uten beslutningskompetanse kan ta vedrørende eget liv og helse.

En beslutningskompetent person har rett til å medvirke til valg mellom forsvarlige alternativer til helsehjelp, jf. pbrl. § 3-1 første ledd. Dersom personen mister kompetansen, er det flere mekanismer som iverksettes for at vedkommendes interesser skal ivaretas. Nærmeste pårørende står som en garantist for pasientens rettssikkerhet når vedkommende mangler beslutningskompetanse. Likevel har ikke pasienten og pårørende nødvendigvis sammenfallende interesser. Nærmeste pårørende har en selvstendig rett til informasjon når pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 3-3 andre ledd. I tillegg har nærmeste pårørendes en rett til å medvirke sammen med en pasient som mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl. 3-1 tredje ledd. Utvalget går nærmere inn på pårørendes rettigheter når pasienten mangler beslutningskompetanse i punkt 10.4.3

## 3.3 Hvilken rolle har beslutningskompetanse i helsetjenesten?

Samtykkekompetanse ble foreslått erstattet med beslutningskompetanse både i NOU 2011: 9 (Paulsrud-utvalget) og NOU 2019: 14 (Tvangslovutvalget). Begrunnelsen var at beslutningskompetanse synliggjør at pasientens autonomi omfatter både samtykke og nektelse av helsehjelp (NOU 2011: 9, 2011). Manglende beslutningskompetanse er det sentrale vilkåret for tvang i lovutkastet til Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14, 2019). Forslagene om endring til beslutningskompetanse, er ikke tenkt å medføre en innholdsmessig endring av vilkåret om samtykkekompetanse. I denne rapporten bruker utvalget begge begreper: Samtykkekompetanse benyttes gjennomgående når utvalget viser til gjeldende vilkår i helselovgivningen siden det er begrepet som brukes der, mens beslutningskompetanse brukes når utvalget viser til begrepet mer generelt.

### 3.3.1 Beslutningskompetanse som etisk begrep

I medisinsk og helsefaglig etikk, henvises det ofte til fire grunnleggende prinsipper: respekt for pasientens autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Respekt for pasientens autonomi innebærer en moralsk plikt til å ivareta pasientens rett til selvbestemmelse, medbestemmelse og frihet (Pedersen et al., 2017). Kravet til informert samtykke er en juridisk operasjonalisering av det etiske prinsippet om respekt for pasientens autonomi (Pedersen et al., 2017). Ifølge etikerne Beauchamp og Childress er det tre krav som må være til stede for å slå fast at en beslutning er autonom: Personen må for det første handle med hensikt, for det andre med forståelse og for det tredje må handlingen være frivillig. Grensen for når forståelse eller frivillighet gjør at handlingen ikke lenger er autonom, vil avhenge av formålet med pasientens beslutning og sammenhengen den blir tatt i. Eksempelvis vil formålet med pasientens beslutning om å ta antipsykotiske legemidler, og sammenhengen den blir tatt i, være avgjørende for om beslutningen er autonom. Hvorvidt en handling er frivillig kan være påvirket av både interne (for eksempel psykisk lidelse) og eksterne forhold (for eksempel at andre personer kontrollerer personens beslutning) ifølge Beauchamp og Childress (Beauchamp et al., 2019).

Beslutningskompetanse innebærer at pasienten er i stand til å ta meningsfulle beslutninger for seg selv. I kjernen av dette ligger evnen til å forstå hva man takker ja eller nei til. Kompetansevurderingen retter seg mot pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av en beslutning om helsehjelp. Denne vurderingen forutsetter god informasjon og dialog mellom helsepersonell og pasient. Et tiltak som en beslutningskompetent person motsetter seg (sterk paternalisme), er ansett som langt mer inngripende enn et tilsvarende tiltak overfor en person som mangler beslutningskompetanse (svak paternalisme) (Syse, 2019b). Beslutningskompetansen tillegges her betydelig vekt i vurderingen av hvor inngripende tiltaket er.

En kompetansevurdering tar stilling til om beslutningen om helsehjelp skal gi fortrinn til pasientens selvbestemmelse (autonomiprinsippet), eller om helsepersonells vurdering av pasientens beste skal være avgjørende (velgjørenhets-, ikke skade- og rettferdighetsprinsippet). En beslutningskompetent pasient kan ikke kreve hvilken type helsehjelp som vedkommende skal motta. Typen helsehjelp vil avhenge av hva helsepersonell vurderer som faglig forsvarlig og hvilke helsetjenester som er tilgjengelige. Både tilgjengelige ressurser og prioriteringer spiller inn.

En beslutningskompetent pasient kan som hovedregel i somatikken nekte faglig forsvarlig helsehjelp, jf. pbrl. § 4-1. Prinsippet ble et stykke på vei innført i psykisk helsevernloven gjennom vilkåret om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og behandling uten eget samtykke. Beslutningskompetanse er det juridiske kjernebegrepet for om pasienten er autonom eller ikke. Ved manglende beslutningskompetanse bør beslutningen om helsehjelp basere seg på om helsehjelpen er i pasientens interesse, og om det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. På denne måten kan hensynet til autonomi bli ivaretatt når pasienten mangler beslutningskompetanse.

### 3.3.2 Beslutningskompetanse som juridisk begrep

Spørsmålet om kompetanse til å avgi et gyldig samtykke gjør seg gjeldende på en rekke rettsområder. Utgangspunktet er at man får bestemme selv dersom man forstår sin egen situasjon slik lovverket fastsetter. Dette gjelder for kontraktsrettslig handleevne (Rt. 1995 s. 1540, s. 1544), hvor sykdommens påvirkning på funksjon står i fokus. Ugyldighetsreglene i avtalelovens kapittel 3 (særlig § 31) avspeiler dette. Tilsvarende gjelder det ved blant annet testamentering (arveloven § 41), prosessuell handleevne (tvisteloven § 2-2 fjerde ledd og straffeprosessloven § 84 andre ledd) og vergemål (vergemålsloven § 20 andre ledd). Det er likevel ulike terskler for kravet til forståelse på ulike rettsområder. Eksempelvis vil krenkelse av andres rettigheter (for eksempel fare for andre) kunne ha betydning for hvor man legger terskelen. Den som oppfyller lovgivers krav til hva man må forstå i private spørsmål ut fra en individuell vurdering, skal få bestemme selv. Med andre ord skal den enkelte bli møtt som et individ i kompetansespørsmålet, og ikke som del av en gruppe. På denne bakgrunnen kan kompetanse til å gi et gyldig samtykke sies å være et prinsipp i norsk rettstradisjon, og det var allerede nedfelt i Kong Christian Den Femtis Norske Lov fra 1687.Der heter det at avtaler «skal holdis i alle deris Ord og Puncter, saasom de indgangne ere», jf NL 5-1-2.

Utgangspunktet er at inngrep i den enkeltes frihet krever hjemmel i lov (legalitetsprinsippet), jf. Grunnloven § 113. Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles til lovhjemmelens klarhet og begrunnelsen for inngrepet (Syse, 2006). Alvorlige statlige inngrep som tilbakeholdelse på institusjon og tvangsmedisinering i psykisk helsevern stiller strenge krav til både lovhjemmelens klarhet og begrunnelsen for inngrepet. Tradisjonelt har tvangsbestemmelsene vært begrunnet i at staten har en plikt til å oppfylle den enkeltes rett til

nødvendig helsehjelp hvor vedkommende på grunn av psykisk lidelse ikke lenger kan ivareta egne interesser (Helsedirektoratet, 2009) og av hensyn til samfunnsvernet. Begge begrunnelsene finnes allerede i sinnssykeloven av 1848 § 9, og er i dag nedfelt i dagens lov som henholdsvis behandlings- og farevilkåret. Styrkingen av pasienters rettigheter som har stått sentralt de siste 30–40 år, har gått på bekostning av helsepersonells frie skjønn, og har bidratt til mer likeverd mellom helsepersonellet og pasientene (Syse, 2015). Samtidig bidrar rettighetstilnærmingen i velferdsretten til rettssikkerhet og livskvalitet til utsatte grupper (Syse, 2016a).

Samtykkekompetanse ble innført som rettslig begrep i den daværende pasientrettighetsloven i 1999 for å regulere hvem som kan samtykke til helsehjelp. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang ble tatt inn i pasient- og brukerettighetsloven kapittel 4 A i 2009 og i psykisk helsevernloven i 2017. Samtykkekompetanse er derimot ikke et vilkår etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kapittel 9 om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming. Det samme gjelder tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter hol. kapittel 10. Utkastet til en samlet tvangsbegrensningslov (NOU 2019: 14) foreslår å samle tvangsbestemmelsene i disse tre kapitlene og psykisk helsevernloven i én felles lov.

Etter gjeldende rett er samtykkekompetanse ikke relevant i alle tilfeller av tvangsbruk i psykisk helsevern. Det er en rekke hjemler for gjennomføring av psykisk helsevern hvor manglende samtykkekompetanse ikke er et eget vilkår, for eksempel skjerming etter phvl. § 4-3 og bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold etter § 4-8. Plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp etter helsepersonelloven § 7 er også uavhengig av pasientens samtykkekompetanse. Her er det imidlertid gjort unntak i pbrl. § 4-9 for «døende» pasienter, transfusjon av blod og blodprodukter og sultestreik dersom pasienten er over 18 år og har en alvorlig overbevisning.

De siste tiårene har det som nevnt skjedd en gradvis utvikling i retning av økt vektlegging av pasientens autonomi i etikken og helselovgivningen, både i Norge og internasjonalt. Dette har innskrenket helsepersonellets skjønnsmessige handlingsrom. I en artikkel om utviklingstrekk i det menneskerettslige vernet mot tvang fra 2018, argumenterer Østenstad for at den norske rettslige tradisjonen knyttet til tvang har vært preget av pragmatisme, og at man har strukket seg langt for å tolke gjeldende rett i tråd med behovet i praksis (Østenstad, 2018). Ifølge Østenstad har det vært en overgang fra en strafferettslig til en forvaltningsrettslig tilnærming til tvang i norsk praksis i tråd med krav etter Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK). I denne forvaltningsrettslige tilnærmingen til tvangsvurderinger, er det behov for hjemler som gjør det mulig å gripe inn utover nødrettssituasjoner (Østenstad, 2018). Se også kapittel 5 nedenfor som utdyper de menneskerettslige perspektivene på beslutningskompetanse og forholdet mellom retten til selvbestemmelse og retten til helse.

Psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 gjør også unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse i tilfeller hvor pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for «eget liv eller andres liv eller helse». I slike tilfeller kan personen underlegges tvang selv om han eller hun er samtykkekompetent, forutsatt at de øvrige vilkårene i § 3-3 er oppfylt. Unntaket fra kompetansevilkåret om fare gjelder ikke i situasjoner der pasienten kun utgjør fare for egen helse. Pasienten kan vurdere situasjonen annerledes enn helsepersonellet, som gjør at samtykkekompetente pasienter kan la helsen forfalle uten at helsetjenesten kan gripe inn (Helsedirektoratet, 2017c).

## 3.4 Endringer i psykisk helsevernloven i 2017

Spørsmålet om å innføre et vilkår om manglende beslutningskompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge ble første gang vurdert av Bernt-utvalget i 2009, hvor flertallet anbefalte at det ble nedsatt et lovutvalg (Helsedirektoratet, 2009). Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9) kom med flere forslag til hvordan et vilkår om manglende beslutningskompetanse kunne lovfestet i sin utredning (NOU 2011: 9, 2011). Denne utredningen ble fulgt opp i Prop. 147 L (2015–2016), som munnet ut i endringene i psykisk helsevernloven som trådte i kraft 1. september 2017 (Prop. 147 L (2015-2016), 2016).

Endringen av psykisk helsevernloven i 2017 var den største revisjonen av loven etter at den ble vedtatt i 1999. Manglende samtykkekompetanse ble innført som likelydende vilkår for tvungen observasjon (§ 3-2 nr. 3), tvungent psykisk helsevern (§ 3-3 nr. 4) og behandling uten samtykke (§ 4-4 første ledd) i psykisk helsevernloven med følgende ordlyd: «Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.»

I tillegg til innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, endret Prop. 147 L (2015–2016) en rekke andre bestemmelser i loven (se tabell 3.2).

| Øvrige endringer i psykisk helsevernloven i 2017 (Prop. 147 L (2015–2016)) |
|---|
| - Formål med psykisk helsevernloven å forebygge og begrense bruk av tvang (§ 1-1) |
| - Rett til fri advokatbistand ble utvidet til å gjelde klager over tvangsbehandlingsvedtak (§ 1-7) |
| - Skjerpede krav til utforming av vedtak og begrunnelse for vedtak (§§ 3-3 a og 4-4 a) |
| - Rett til å uttale seg før det fattes vedtak (§ 3-9) |
| - Krav til vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming, eller hvis skjerming opprettholdes ut over ett døgn (§ 4-3) |
| - Utvidet obligatorisk observasjonstid fra tre til fem døgn før det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke (§§ 4-4 og 4-4 a) |
| - Plikt for faglig ansvarlig å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell (§ 4-4 a) |

Tabell 3.2: Endringer i psykisk helsevernloven i 2017 utover innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i §§ 3-2, 3-3 og 4-4 (Prop. 147 L (2015–2016)).

Disse lovendringene har fått langt mindre oppmerksomhet enn innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Eksempelvis skulle lovendringene klargjøre og skjerpe allerede eksisterende krav til begrunnelse og innhold i tvangsvedtak (Prop. 147 L (2015–2016) punkt 9.2.4) (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Siden lovendringene i 2017 har kravene til begrunnelse i saker om tvungent psykisk helsevern vært regulert i psykisk helsevernloven § 3-3 a. Det følger av § 3-3 a tredje ledd nr. 1 at vedtak etter §§ 3-2 og 3-3 skal opplyse om hvordan vilkårene er vurdert. Denne og andre deler av lovendringene har samtidig bidratt til en

betydelig økning i dokumentasjonskravene blant vedtaksansvarlige spesialister i psykisk helsevern (Syse, 2019b).

Formålene med lovendringene var blant annet å sikre økt medvirkning, selvbestemmelse og rettssikkerhet for pasienter i psykisk helsevern (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Innføringen av en kompetansebasert modell for psykisk helsevern tok sikte på å balansere autonomiprinsippet med hensynet til pasientens hjelpebehov. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i Prop. 147 L (2015–2016) at innføringen av kompetansevilkåret vil innebære en sterkere rettsliggjøring av tvungent psykisk helsevern. Etter departementets syn kan denne rettsliggjøringen bidra til mer etterprøvbarhet og forutberegnelighet, noe som vil styrke pasientenes rettssikkerhet. Videre påpeker departementet at lovendringene bringer vilkårene for psykisk helsehjelp i bedre samsvar med det alminnelige helserettslige prinsippet om samtykke fra pasienter ved ytelse av helsehjelp, og harmonerer samtidig bedre med vilkårene for tvungen somatisk helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A. Endringene i psykisk helsevernloven innebar også en viss tilpasning til prinsippene i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), herunder en overgang fra diagnose til funksjonsnivå i tvangslovgivningen. Formålet om å styrke pasientens selvbestemmelse innebar et ønske om å redusere tvangsbruk og øke grad av frivillig behandling (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Lovendringene i 2017 oppfordret dermed helsepersonell til i større grad å oppnå frivillighet uten at ressursene til frivillige behandlingsalternativer ble økt.

Innføringen av en kompetansebasert modell medførte økt vektlegging av at pasienter uten kompetanse ikke kunne motta frivillig behandling, jf. pbrl. § 4-3 femte ledd. Etter gjeldende rett kan det ytes helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse med psykiske lidelser som ikke motsetter seg helsehjelpen etter pbrl. § 4-6. Dette gjelder likevel ikke for pasienter uten samtykkekompetanse som har, eller antas å ha, en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, jf. § 4-3 femte ledd. Dette unntaket forutsetter at helsehjelpen må skje etter reglene i psykisk helsevernloven kapittel 3. Etter gjeldende rett regnes også fravær av samtykke som tvang etter phvl. § 4-4. Dersom en person ikke motsetter seg legemiddelbehandling, men ikke regnes som kompetent til dette, må det derfor fattes vedtak etter phvl. § 4-4 for at behandlingen skal etableres. Et slikt vedtak om behandling uten eget samtykke forutsetter et vedtak om tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3. Kompetansevurderinger ble derfor langt vanligere i psykisk helsevern etter lovendringene, til tross for at kompetansevilkåret var en del av lovgivningen også før 2017, og selv om dette ikke kom så klart til uttrykk i lovteksten. Kravet om å fatte vedtak om behandling uten eget samtykke overfor pasienter uten kompetanse som ikke motsatte seg behandling etter gjeldende rett ble også vektlagt i Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017c).

Samtidig påpeker Hellevik mfl. i en artikkel i 2019 at kravet om at helsepersonell må etablere tvungent psykisk helsevern etter pbrl. § 4-3 femte ledd overfor pasienter uten kompetanse som ikke yter motstand kan oppleves å være i strid med hovedregelen om at frivillighet skal være forsøkt. Hellevik mfl. spør seg om harmonisering med somatikken kan bøte på problemet ved bruk av pbrl. § 4-6 ved «alvorlig sinnslidelse», som gjør at ansvarlig helsepersonell kan beslutte helsehjelp når en pasient uten beslutningskompetanse ikke yter motstand (Hellevik et al., 2019). I sin kommentar til Helleviks artikkel, påpeker Green at dersom det er mulig å anvende pbrl. § 4-6 ved alvorlig sinnslidelse, kan man «ha psykotiske pasienter uten samtykkekompetanse innlagt uten å bruke tvangshjemmel, gi slike pasienter psykofarmaka om de ønsker det uten vedtak og slippe å tenke på konverteringsforbudet om de mister

samtykkekompetansen underveis i et behandlingsforløp på sykehus» (Green, 2019) Utvalget støtter disse betraktningene, og kommer med anbefalinger og forslag til tiltak i tråd med dette i punkt 13.4.7.

Å redusere langvarig vedlikeholdsbehandling av kompetente pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var et viktig formål med lovendringene i 2017. Tvungen vedlikeholdsbehandling med antipsykotiske legemidler i depotform er særlig begrunnet i behandlingsvilkårets forverringsalternativ, hvor forverringen av pasientens tilstand må inntreffe innen tre til fire måneder ved bruk av antipsykotisk legemiddel i depotform ifølge rettspraksis (HR-2016-1286-A, avsnitt 40) (se omtale punkt 3.6.2). Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at innføringen av et vilkår om manglende samtykkekompetanse særlig vil få konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering, som departementet anser som et særlig inngripende tiltak (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Her er departementet på linje med Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9 punkt 13.2) (NOU 2011: 9, 2011). Departementet påpeker at tvungent psykisk helsevern nesten alltid starter med døgnopphold, og at mange pasienter deretter mottar vedlikeholdsbehandling på TUD. Etter departementets syn vil overgangen til en kompetansebasert modell kunne redusere tvangsbruken overfor pasienter på TUD. I sitt vedlegg til Paulsrud-utvalget, beskriver Østenstad kompetansevilkåret som en tydeligere «avstigningsplattform» for personer som er på tvungent vern etter at den psykiske tilstanden er stabilisert i etterkant av en akutt episode (NOU 2011: 9 punkt 8.1.4.4) (NOU 2011: 9, 2011). I tillegg skal den kompetansebaserte modellen bidra til å redusere bruken av TUD.

Innføringen av manglede beslutningskompetanse ble derimot forventet å ha mindre betydning for etablering av tvungent vern. Østenstad påpeker i det nevnte vedlegget til Paulsrud-utvalget at innføring av en kompetansebasert modell sannsynligvis vil ha begrenset praktisk betydning for etablering av tvungent psykisk helsevern i en akutt sykdomsfase (NOU 2011: 9 punkt 7.2.4 (s. 312 flg.)). Det er senere i sykdomsforløpet at kompetansevilkåret står sentralt i spørsmål om opprettholdelse av tvungent vern og behandling uten samtykke (NOU 2011: 9, 2011). Appelbaum og Grisso argumenterer for en tilsvarende forståelse av kompetansevilkårets rolle i ulike faser av sykdomsforløpet (Appelbaum et al., 1995). Etter utvalgets syn ligger det her en antakelse (presumsjon) om at pasienter med alvorlig sinnslidelse mangler beslutningskompetanse i en akutt sykdomsfase. Slik utvalget ser det, bør denne antakelsen få betydning for klinisk praksis knyttet til beslutningskompetanse i ulike faser av sykdomsforløpet.

I forarbeidene til lovendringene i 2017 viser departementet til innspill om at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan oppfattes upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell (Prop. 147 L (2015–2016) punkt 6.2.4) (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Departementet påpeker videre at innføringen av en kompetansebasert modell forutsetter god opplæring og veiledning om hvordan regelverket skal forstås og at beslutninger om samtykkekompetanse blir kvalitetssikret. Utvalget støtter departementets syn om betydningen av god implementering av en kompetansebasert modell, men mener at dette i praksis kun har skjedd i begrenset grad. Se også omtale i punkt 8.3.

### 3.4.1 Antakelser om utvikling basert på lovendringene i 2017

Basert på de vedtatte endringene i psykisk helsevernloven i 2017 og lovens forarbeider (NOU 2011: 9, 2011; Prop. 147 L (2015-2016), 2016), var det rimelig å forvente følgende endringer og effekter i helsetjenesten:

- Mer pasientautonomi, mer brukermedvirkning, mer bruk av frivillige alternativer, mer samhandling, tettere oppfølging, og økt vektlegging av pårørendesamarbeid.
- Redusert varighet på TUD, med det resultat at noen pasienter blir tvangsinnlagt etter kort tid, mens andre klarer seg med frivillig helsehjelp.
- Mer pårørendeinvolvering ved manglende samtykkekompetanse.
- Flere tvangsvedtak (phvl. § 3-2, § 3-3 og § 4-4) som følge av pbrl. § 4-3 femte ledd (tvangsvedtak overfor pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg helsehjelpen).
- Flere skjermingsvedtak (phvl. § 4-3) på grunn av skjerpede krav til når slike vedtak skulle fattes.
- Økt bruk av farevilkåret som følge av unntaket for fare ved samtykkekompetanse og tidligere underforbruk.
- Mer opplæring og veiledning i kompetansevurderinger og nært relaterte bestemmelser, inkludert utvikling av validerte verktøy som manglet fra tidligere.

## 3.5 Øvrige endringer i psykisk helsevern og samfunnet siden 2017

Det har vært en rekke endringer i helsetjenesten og samfunnet for øvrig siden 2017 som kan ha virket inn på utviklingen i det psykiske helsevernet (tabell 3.3). Utvalget mener det er avgjørende å sette manglende samtykkekompetanse som tvangsvilkår i en sammenheng for å for å forstå hvilken betydning vilkåret har hatt.

**Endringer i helsetjenesten og samfunnet for øvrig siden 2017 som kan ha virket inn på utviklingen i det psykiske helsevernet**

**Færre døgnplasser**
Færre tilgjengelige døgnplasser i psykisk helsevern både som følge av gradvis reduksjon i antall plasser og økt bruk av strafferettslige særreaksjoner (se punkt 8.2.2 og 11.7.1)

**Endret kriminalpolitisk bilde**
Endret kriminalpolitisk bilde siden 2017 der lovendringene kom som følge av et ønske om økt vekt på pasientautonomi, mens bildet er endret ut fra enkelte alvorlige drapssituasjoner. Samtidig har psykisk helsevern blitt fremstilt som å svikte i sin ivaretakelse av potensielt farlige personer og at lovendringene i 2017 har hatt betydning for dette (se kapittel 11 om samfunnsvernet i psykisk helsevern).

**Fastlegekrisen**
Fastlegekrisen med færre tilgjengelige fastleger som følge av redusert dekning de siste årene kan påvirke helsetjenesten på ulike måter. En artikkel av Sandvik mfl. fra 2022 basert på tall fra Norge viser at det å ikke ha samme lege over tid kan gi økt risiko for legevaktsbesøk, akutte sykehusinnleggelser og tidligere død (Sandvik et al., 2022). En artikkel av Hofstad mfl. fra 2021 viser at redusert tilgang til fastlege sammen med øvrig kommunale tilbud er forbundet med økt antall tvangsinnleggelser og kan forklare noe av den geografiske variasjonen i psykisk helsevern i Norge i perioden 2015–2018 (Hofstad et al., 2021b).

### Koronapandemien

Koronapandemien førte til redusert tilgang på helsehjelp som følge av smitteverntiltak og omprioriteringer. En artikkel fra 2022 av Barrett mfl. fant at koronapandemien forverret velværet og den psykiske helsen til personer med psykoselidelse og bipolar lidelse i Norge. Pandemien gikk særlig utover personer med psykoselidelse. Forverret velvære og psykisk helse knyttet seg særlig til personens bekymringer om og grad av håndtering av pandemien, manglende behandling i psykisk helsevern, søvnløshet, økt alkoholbruk og ensomhet (Barrett et al., 2022). En annen artikkel fra 2022 av Surén mfl. viser en betydelig økning i unge jenter med spiseforstyrrelser i forbindelse med koronapandemien i Norge (Surén et al., 2022).

### Økt rusmiddelbruk blant unge

Det har vært en økning i antall nye tilfeller (insidens) av cannabisutløste psykoser i Skandinavia de siste 15 årene (Rognli et al., 2022). Økt bruk og sterkere rusmidler øker sannsynligheten for rusutløste psykoser (Engh et al., 2017), og det har vært en økning i innhold av virkestoffet THC i cannabisprodukter senere år (Bramness et al., 2023). Tall fra Folkehelseinstituttet viser også noe økt bruk av kokain blant unge i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023).

Tabell 3.3: Det har vært en rekke endringer i helsetjenesten og samfunnet for øvrig siden 2017 som kan ha innvirket på utviklingen i det psykiske helsevernet.

## 3.6 Vilkår for tvungent psykisk helsevern

Pasienter i psykisk helsevern kan enten være i behandling på frivillig grunnlag (phvl. kapittel 2) eller under tvungent vern (phvl. kapittel 3). Lovens kapittel 3 skiller mellom to former for etablering av tvungent vern: tvungen observasjon (phvl. § 3-2) eller tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3). Krav til saksbehandling og utforming av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern følger av phvl. § 3-3 a. I tillegg til innleggelse, kan pasienter undersøkes og motta behandling poliklinisk. Bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 3 oppstiller visse vilkår som alle må være oppfylt for å etablere tvungent vern. Utvalget ser her nærmere på sentrale vilkår i psykisk helsevernloven § 3-3 (se tabell 3.3) og knytter noen kommentarer til tvungen observasjon.

| Psykisk helsevernloven § 3-3 oppstiller syv vilkår som alle må være oppfylt før det kan fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern |
|---|
| 1. Frivillighet er forsøkt eller åpenbart formålsløst<br>2. To legeundersøkelser<br>3. Hovedvilkåret «alvorlig sinnslidelse» i tillegg til enten<br>a. Behandlingsvilkåret (forbedrings- eller forverringsalternativet) eller<br>b. Farevilkåret<br>4. Pasienten mangler samtykkekompetanse (eller unntak for fare)<br>5. Institusjonens egnethet<br>6. Pasientens rett til å uttale seg<br>7. Helhetsvurdering |

Tabell 3.4: Psykisk helsevernloven § 3-3 oppstiller syv vilkår som alle må være oppfylt før det kan fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern.

### 3.6.1 Hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse»

Pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse» for at tvungent psykisk helsevern kan etableres etter phvl. § 3-3 nr. 3. I kjernen av dette hovedvilkåret står psykoser, som kjennetegnes av alvorlige forstyrrelser i virkelighetsoppfatningen (Jorem, 2019). Psykoser svekker den psykiske funksjonen på en slik måte at de «griper sterkt inn i personens sykdomsinnsikt, evne til å møte dagliglivets krav og evne til bevare kontakt med virkeligheten» (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998). Realitetsbristen medfører videre en «kompetansesvikt som legitimerer inngrep fordi pasienten ikke kan ta vare på seg selv» (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Et viktig formål med behandling i psykisk helsevern er at pasienten skal oppnå større grad av sykdomsinnsikt. Forarbeidene til psykisk helsevernloven fastslår at «hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få den sinnslidende under behandling slik at vedkommende kommer i en sinnstilstand der han eller hun er i stand til å foreta rasjonelle valg og følge en bevisst kurs» (Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 5.3.1 (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998)). De kognitive

forutsetningene for sykdomsinnsikt er nært forbundet med at pasienten er beslutningskompetent. Den kliniske vurderingen av sykdomsinnsikt har også flere likhetstrekk med kompetansevurderinger (se omtale i punkt 12.4).

«Alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep som ikke samsvarer med en bestemt psykiatrisk diagnose. Også enkelte andre tilstander enn psykose kan omfattes av hovedvilkåret. Eksempelvis kan alvorlige grader av spiseforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse eller depresjon oppfylle hovedvilkåret dersom slike tilstander etter en totalvurdering får så store konsekvenser for pasientens funksjon og realitetsvurderingsevne at de kan sidestilles med en psykose (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998). Med andre ord danner psykosetilstandene referanserammen for hovedvilkåret. Arten og graden av pasientens psykiske symptomer avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. Årsaken til denne tilstanden, som for eksempel rusmiddelbruk, er ikke relevant for vurderingen. Momenter som legges til grunn i vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt, vil være pasientens atferd, mestringsevne, forståelse av egen situasjon, sykdomsinnsikt, tilstandens alvorlighet og varighet (Helsedirektoratet, 2017c). En pasient med en kjent alvorlig psykoselidelse kan oppfylle hovedvilkåret i perioder uten psykotiske symptomer når dette skyldes antipsykotisk behandling (Rt. 1993 s. 249 og Rt. 2001 s. 1481). Denne praksisen ble kritisert for å begrunne tvang i pasientens diagnose fremfor pasientens funksjon (NOU 2011: 9, 2011). Innføringen av manglende samtykkekompetanse som et selvstendig vilkår for tvungent psykisk helsevern i 2017 var et svar på denne kritikken. Samtidig ble ikke forståelsen av vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» endret gjennom 2017-revisjonen.

Ved tvungen observasjon etter phvl. § 3-2 første ledd nr. 4 må det være «overveiende sannsynlig» at pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 nr. 3. Utvalget erfarer at bruken av beviskravet «overveiende sannsynlig» ikke er ensartet i litteraturen (Graver, 2005; Syse, 2016b). Det synes likevel å være bred enighet om at «overveiende sannsynlig» i phvl. § 3-2 første ledd nr. 4 innebærer et krav om alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn femti prosent sannsynlighet) for at pasienten oppfyller hovedvilkåret samt ett av tilleggsvilkårene (phvl. § 3-3 nr. 3) (Helsedirektoratet, 2017c; NOU 2019: 14, 2019; Syse, 2016b). Eksempelvis kan man være usikker på årsak, omfang og varighet av symptomene hos en psykotisk pasient (Jorem, 2019). Tvungen observasjon kan bidra til nærmere avklaring i slike tilfeller, men skal ikke vare lenger enn det som er strengt nødvendig for å ta stilling til om vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt. Observasjonstiden varer i utgangspunktet i ti dager, med kan forlenges dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig og dette godkjennes av kontrollkommisjonen (Helsedirektoratet, 2017c).

Utvalget mener at vilkåret om manglende samtykkekompetanse i phvl. § 3-2 nr. 3 i liten grad harmonerer med de øvrige vilkårene for tvungen observasjon. Etter gjeldende rett må det være «åpenbart» at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3 andre ledd, jf. § 3-2 nr. 3. Det er derimot tilstrekkelig at det er «overveiende sannsynlig» (mer enn 50 prosent sannsynlig) at personen fyller vilkårene i phvl. § 3-3 nr. 3 (altså hovedvilkåret og ett tilleggsvilkår), jf. § 3-2 nr. 4. Alternativt må unntaket for fare for eget liv eller andres liv eller helse være oppfylt etter phvl. § 3-2 nr. 3, mens det er tilstrekkelig at det er «overveiende sannsynlig» at farevilkåret (som ett av tilleggsvilkårene) er oppfylt etter gjeldende phvl. § 3-2 nr. 4. Utvalget forslår å gjøre endringer i phvl. § 3-2 nr. 3 slik at vilkåret harmonerer bedre med de øvrige vilkårene i bestemmelsen (se punkt 13.4.6).

### 3.6.2 Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret følger av § 3-3 nr. 3 bokstav a og krever at det er årsakssammenheng mellom pasientens alvorlige sinnslidelse og behandlingsbehovet. Vilkåret inneholder to alternativer, hvorav ett må være oppfylt. Det første alternativet kalles behandlingsvilkårets positive side (bedringsalternativet). Det innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få «sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert». Utviklingen av pasientens psykiske tilstand med og uten tvungent psykisk helsevern skal altså vurderes. Bedringsalternativet vil være oppfylt dersom pasienten forventes å bli vesentlig bedre med tvungent psykisk helsevern. Hvilken forventning man kan ha til pasientens bedring må vurderes i det enkelte tilfellet (Jorem, 2019).

Behandlingsvilkårets negative side (forverringsalternativet) går ut på at det er stor sannsynlighet for at pasienten «i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret». Pasientens utsikter til forverring med og uten tvungent psykisk helsevern skal altså sammenliknes (Jorem, 2019). Kravet om «vesentlig forverret» tilstand innebærer at den må bli merkbart verre uten tvungent psykisk helsevern, og at dette får store konsekvenser for pasienten (Helsedirektoratet, 2017c). Dette alternativet krever at forverringen må skje «i meget nær framtid». Det innebærer at forverringsalternativet ikke vil være oppfylt dersom man antar at det vil gå mer enn tre til fire måneder for en pasient som får antipsykotisk legemiddel i depotform før en vesentlig forverring inntreffer (HR-2016-1286-A avsnitt 40).

### 3.6.3 Farevilkåret

Farevilkåret finnes i tre varianter i vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 (nr. 3 bokstav b, nr. 4 og nr. 7). Felles for disse tre variantene er at de omfatter «andres liv eller helse», hvor samfunnsvernet er det sentrale hensynet. Farevilkåret etter § 3-3 nr. 3 bokstav b innebærer at tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten, på grunn av sin alvorlige sinnslidelse, «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». I likhet med behandlingsvilkåret, må det være årsakssammenheng mellom pasientens alvorlige sinnslidelse og fare. Pasienten må altså utgjøre en fare for seg selv eller andre uten de rammene som tvungent psykisk helsevern gir for at farevilkåret skal være oppfylt (Jorem, 2019). Faren må for det første være «nærliggende», som innebærer at den må være reell, konkretiserbar og påregnelig. Faren må ha vist seg tidligere eller være dokumenterbar på andre måter. For det andre må faren som kan oppstå være «alvorlig», som innebærer et kvalifisert skadepotensial. (Helsedirektoratet, 2017c).

Lovens uttrykk «eget liv eller andres liv eller helse» viser at unntaket for fare i realiteten er to atskilte vilkår med ulike begrunnelser. Tvangsinnleggelse på grunnlag av «fare for eget liv» er begrunnet i hensynet til pasientens selv. Hensynet til samfunnsvernet er derimot begrunnelsen for en tvangsinnleggelse på grunnlag av fare for «andres liv eller helse». Vurderingen av fare må gjøres konkret, og vise til tidligere eller andre dokumenterbare faresituasjoner. Farevilkåret vil ikke være oppfylt dersom det foreligger en mulig mistanke om fare (Syse, 2016b). «Fare for liv» omfatter fare for selvmord og livstruende voldshandlinger mot andre. I HR-2020-1167-A kommer flertallet i Høyesterett (4-1) til at «fare for eget liv» også omfatter tilfeller der det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv uten at dette er knyttet til selvmordsfare. Saken gjaldt begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern for en pasient med en alvorlig spiseforstyrrelse, jf. phvl. § 3-3. Begjæringen om opphør ble ikke tatt til følge. Etter en grundig gjennomgang av rettskildene kom flertallet til at det ikke er grunnlag for en innskrenkende fortolkning av unntaket om «fare for eget liv» til kun å omfatte selvmordsfare (avsnitt 37 flg.). Mindretallet mente derimot at phvl. § 3-3 nr. 4 andre punktum må tolkes

innskrenkende til kun å omfatte selvmordsfare, og finner støtte for denne tolkningen i CRPD (avsnitt 78 flg.). I en artikkel fra 2022 ser Bahus nærmere på adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv (Bahus, 2022) (se omtale i punkt 5.4.2).

Psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 gjør unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse i tilfeller hvor pasienten utgjør en «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». Unntaket omfatter ikke «fare for egen helse» slik tilfellet er for både farevilkåret etter phvl. §§ 3-3 nr. 3 bokstav b og 3-4 andre ledd (unntak fra konverteringsforbudet). «Fare for egen helse» omfatter ikke bare selvskading, men gjelder også fare for at pasienten, uten behandling, forkommer eller lider alvorlig overlast. Vilkåret dekker dermed de fleste alvorlige tilfellene av det som etter tidligere lov falt inn under det såkalte overlastkriteriet som ikke ble videreført i psykisk helsevernloven av 1999 (Syse, 2016b). «Fare for andres helse» omfatter både fysisk og psykisk helse. En person med alvorlig sinnslidelse og beslutningskompetanse som gjennomfører selvskading uten fare for eget liv, vil ikke oppfylle vilkåret om fare for eget liv. At kompetente pasienter med alvorlig sinnslidelse ikke kan holdes tilbake i tvungent vern når det kun er fare for egen helse, er et utslag av at lovendringene i 2017 bevisst satte hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett foran hensynet til pasientens helse så lenge det ikke var fare for liv (Helsedirektoratet, 2017c). Utvalget ser nærmere på unntaket for fare for andre i punkt 11.4.2.

### 3.6.4 Vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern

Etter phvl. § 3-3 nr. 4 må pasienten mangle samtykkekompetanse for å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Vilkårene for bortfall av pasientens samtykkekompetanse følger av pasient- og brukerettighetsloven (pbrl.) § 4-3 andre ledd. Her fremgår det 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». Ut fra høyesterettspraksis (HR-2018-2204-A, HR-2021-1263-A) er det tre vilkår som må være oppfylt for at en person skal kunne fratas retten til å nekte å motta helsehjelp etter denne bestemmelsen:

- Et sykdomsvilkår («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»)
- Et krav til manglende forståelse («åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»)
- Et krav til årsakssammenheng («på grunn av»)

Vilkårene for bortfall av samtykkekompetanse har vært uendret i pbrl. § 4-3 andre ledd siden bestemmelsen ble innført i 1999. Bestemmelsen gjelder både for somatisk helsehjelp og psykisk helsevern. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten er samtykkekompetent, jf. pbrl. § 4-3 tredje ledd. For vedtak om tvungent vern eller behandling uten eget samtykke, vil denne avgjørelsen foretas av den vedtaksansvarlige under vurderingen av om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt eller ikke. Utvalget ser nærmere på vilkårene for bortfall av samtykkekompetanse i punkt 4.3.

Sentralt for kompetansevurderingen er i hvilken grad sykdommen påvirker pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. Forståelseskravet («åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter») er det sentrale i kompetansevurderingen. Denne vurderingen tar ofte utgangspunktet i fire elementene (forstå, anerkjenne, resonnere og valg i akronymet FARV), som alle må være til

stede for at personen skal være beslutningskompetent. Pasientens forståelse av egen sykdomshistorie, konsekvenser av behandlingsvalget og erfaring med tidligere tiltak, for eksempel legemidler, er av betydning i kompetansevurderingen. Anerkjennelse av tidligere tilbakefall og refleksjon omkring dette kan også være av betydning i vurderingen av beslutningskompetanse (Helsedirektoratet, 2017c). Utvalget ser nærmere på kompetansevurderinger i kapittel 4 og utfordringer med slike vurderinger i kapittel 12.

### 3.6.5 Helhetsvurderingen

Selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en helhetsvurdering av om tvungent psykisk helsevern framtrer som den «klart beste løsning» for pasienten etter phvl. § 3-3 nr. 7. I helhetsvurderingen skal det særlig legges vekt på hvor stor belastning tvangsbruken vil medføre for pasienten. Konsekvensene av tvangen og ikke bare av helsehjelpen inngår dermed i vurderingen av vilkårene for tvungent psykisk helsevern. I Rt. 2001 s. 752 uttalte Høyesterett at vurderingen av hva som er best for pasienten i utgangspunktet skal være objektiv. Man må da foreta et hensiktsmessighets- og rimelighetsskjønn av hva som taler for og mot opphør av tvungent psykisk helsevern. Det avgjørende er hva som vil være det beste for pasienten etter en forsvarlig, objektiv vurdering. Vurderingen av at tvungent vern må være det «klart beste for pasienten» hviler på etiske betraktninger. Hensynet til hva som den «klart beste løsning» skal tillegges mindre vekt i helhetsvurderingen dersom pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse», jf. phvl. § 3-3 nr. 7. Høyesterett påpeker i Rt. 2001 s. 1481 at det også i slike situasjoner skal foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering, selv om dette ikke fremgår klart av ordlyden i nr. 7. Flere momenter kan være relevante å trekke inn i helhetsvurderingen. Pasientens fungering, erfaring, grad av motstand, nettverk og mulighet for å oppfølging kan påvirke beslutningen om tvungent vern (Feiring et al., 2014). Vilkårene for tvungent psykisk helsevern kan ikke ses isolert. Tvil om et vilkår er oppfylt kan få betydning for vurderingen av et annet. Det følger av forarbeider og rettspraksis at det kan få betydning for helhetsvurderingen dersom tvungent psykisk helsevern er begrunnet i forverringsalternativet (for eksempel HR-2018-2204-A avsnitt 88). Ut fra helhetsvurderingen bør en pasient som har mottatt tvungen vedlikeholdsbehandling over lang tid begrunnet i forverringsalternativet, før eller siden gis anledning til å «prøve seg» i frihet dersom forholdene tillater det (HR-2021-1263-A avsnitt 69).

## 3.7 Konverteringsforbudet

Phvl. § 3-4 første ledd gir forbud mot å overføre en pasient fra frivillig til tvungent vern. Dette konverteringsforbudet skal fremme tilliten til helsetjenesten, som pasienter skal kunne oppsøke uten frykt for at en frivillig innleggelse blir omgjort til en tvangsinnleggelse. Forarbeidene beskriver dette som at pasientene skal ha visshet om at «bordet ikke fanger» (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998). Paulsrud-utvalget påpeker at det overordnede formålet med konverteringsforbudet er å stimulere til reelt frivillig vern. Utover forarbeidenes tradisjonelle begrunnelse om tillit, påpeker Paulsrud-utvalget at konverteringsforbudet skal forhindre at en person som formelt er under frivillig vern, reelt sett er tvungent tilbakeholdt på grunnlag av en trussel om konvertering. Videre skal konverteringsforbudet stimulere til virksomme og forsvarlige frivillige tilbud som er reelle. Konverteringsforbundet skal også forhindre at rettssikkerhetsgarantiene som ligger i et formelt tvungent vern ikke blir omgått ifølge Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9, 2011). Konverteringsforbudet ble tydeliggjort gjennom vedtakelsen av psykisk helsevernloven av 1999, gjelder tilsvarende for poliklinisk oppfølging som for innleggelse på institusjon. Noe tilsvarende forbud mot overføring fra frivillig til tvungen helsehjelp finnes ikke i somatikken. Så vidt utvalget kjenner til har verken Danmark, Sverige

eller Finland et slikt konverteringsforbud i sin lovgivning knyttet til psykisk helsevern. Pasienter som tidligere har vært under frivillig psykisk helsevern kan likevel legges inn på tvungent vern forutsatt at visse vilkår er oppfylt, blant annet at utskrivelsen fra det frivillige vernet har vært reell (Ot.prp.nr. 65 (2005–2006), 2006).

Konverteringsforbudet gjelder likevel ikke dersom utskrivelse vil innebære en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», jf. § 3-4 andre ledd. Dette snevre unntaket fra konverteringsforbudet ble lovfestet i 2006, og harmonerer med farevilkåret i phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav b. Unntaket utelukker dermed som utgangspunkt konvertering på bakgrunn av behandlingsvilkåret (forbedring- eller forverringsalternativet). Ifølge forarbeidene skal konverteringsforbudet praktiseres strengt, og det skal kun gjøres unntak når faretilstanden må antas å «vare over noe tid» (Ot.prp.nr. 65 (2005–2006), 2006). Unntaket for «fare for egen helse» i phvl. § 3-4 andre ledd kan komme til anvendelse i tilfeller hvor pasienten mister beslutningskompetansen underveis i et frivillig vern. Som nevnt er unntaket for «fare for egen helse» nært forbundet med behandlingsvilkåret, og det gjelder også ved fare for at vedkommende forkommer eller lider overlast (Syse, 2016b). Likevel er ikke bortfall av beslutningskompetanse i seg selv nok til å oppfylle unntaket. «Fare for egen helse» krever en forverring av personens tilstand, og bortfall av beslutningskompetanse kan inngå som en del av denne forverringen. Dersom pasientens tilstand tilsier at vedkommende ikke bringes ut av institusjonen, må en uavhengig lege komme til institusjonen for å vurdere vilkårene for tvungent vern. På den ene siden kan man argumentere for at det er problematisk at pasienten må bli så syk at farevilkåret er oppfylt for å gjøre unntak fra konverteringsforbudet. Samtidig mener utvalget at terskelen for farevilkåret ut fra forarbeider og rettspraksis er lavere enn klinisk praksis skulle tilsi (se omtale i punkt 11.4.2).

Etter gjeldende rett omfatter konverteringsforbudet også pasienter som mister beslutningskompetansen underveis i et frivillig vern. Samtidig kan ikke en pasient som mangler kompetanse, og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, motta frivillig psykisk helsevern, jf. pbrl. § 4-3 femte ledd. Bestemmelsen forutsetter at helsehjelpen da må skje etter reglene i psykisk helsevernloven kapittel 3. Som følge av konverteringsforbudet, må en frivillig innlagt pasient ha mulighet til å forlate institusjon dersom vedkommende ønsker det, før det tvungne vernet etableres. Bortfall av beslutningskompetanse innebærer ofte at pasienten er i forverring og ofte vil være behandlingstrengende. Utskrivelse av pasienten fra det frivillige vernet uten en videre plan for oppfølging kan derfor være problematisk ut fra spesialisthelsetjenestens forsvarlighetskrav (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Videre kan det argumenteres for at en pasient som mangler beslutningskompetanse i utgangspunktet ikke kan ta en kompetent beslutning om å forlate institusjonen. Manglende beslutningskompetanse innebærer som nevnt at personen ikke vet hva vedkommende sier ja eller nei til.

Tvangslovutvalget mener at en videreføring av konverteringsforbudet er særlig viktig etter innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i 2017. Det er særlig viktig å etablere tillitsforholdet mellom hjelpeapparatet og den beslutningskompetente pasienten som har oppsøkt det psykiske helsevernet (NOU 2019: 14, 2019). Utvalget støtter disse betraktningene, men ser samtidig utfordringene i gjeldende rett med å gi forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen. Etter utvalgets syn bør pasienter uten beslutningskompetanse ha mulighet til å motta behandling de ikke motsetter seg på frivillig vern. Utvalget anbefaler derfor å endre pbrl. § 4-3 femte ledd og phvl. §§ 1-2 og 2-1 slik at personer som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse uten beslutningskompetanse kan motta helsehjelp de ikke motsetter seg etter pbrl. § 4-6 andre ledd (se punkt 13.4.7). Dersom personen motsetter seg

helsehjelpen, må det fortsatt fattes vedtak om tvungent vern og behandling uten eget samtykke i tråd med gjeldende rett. Selv om dette tiltaket ikke bøter på alle utfordringene med konverteringsforbudet etter lovendringene i 2017, mener utvalget at dette forbudet er så viktig for tilliten til helsetjenesten at det bør bevares i sin nåværende form.

## 3.8 Vilkår for vedtak om behandling uten eget samtykke

Det kan treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3) etter phvl. § 4-4. Vedtak etter § 4-4 kan dermed ikke benyttes overfor pasienter som er på tvungen observasjon (§ 3-2). Utgangspunktet er at det er forbudt å gjennomføre undersøkelse og behandling av pasientens psykiske lidelse som innebærer et «alvorlig inngrep» uten pasientens samtykke, jf. § 4-4 andre ledd. Bestemmelsen gjør likevel unntak for legemiddelbehandling (§ 4-4 andre ledd bokstav a) og ernæring av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (bokstav b). Utvalget fokuserer her på legemiddelbehandling uten eget samtykke.

Bestemmelsen oppstiller en rekke vilkår som må være oppfylt for et vedtak om behandling uten eget samtykke av pasientens psykiske lidelse, blant annet at undersøkelsen og behandlingen er klart i overenstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis (helsepersonelloven § 4) og at legemiddelets gunstige virkning klart må overveie ulempene ved eventuelle bivirkninger (§ 4-4 andre ledd bokstav a). I likhet med § 3-2 nr. 3 og § 3-3 nr. 3, er det et eget vilkår for vedtak etter § 4-4 at pasienten mangler samtykkekompetanse med unntak for «fare for eget liv eller andres liv eller helse». I tillegg oppstiller bestemmelsen et strengt beviskrav («stor sannsynlighet») for forventet virkning av behandlingstiltaket, jf. § 4-4 fjerde ledd. I likhet med § 3-3 nr. 3 bokstav a, har også denne bestemmelsen et forbedrings- og forverringsalternativ (§ 4-4 fjerde ledd andre punktum). Vurderingstemaet vil her være hvordan pasientens psykiske lidelse vil utvikle seg med og uten behandling (Helsedirektoratet, 2017c). I forbindelse med lovendringene i 2017 ble den obligatoriske observasjonstiden før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering utvidet fra tre til fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd. Som del av lovendringene var også § 4-4 a, som innførte omfattende krav til begrunnelse og utforming av vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Pasienten kan ikke motta behandling uten eget samtykke dersom vedkommende mangler samtykkekompetanse. Til tross for at pbrl. § 4-3 femte ledd ikke direkte omtaler behandling uten eget samtykke, er det gjeldende forståelse at også § 4-4 er omfattet av bestemmelsen (Helsedirektoratet, 2017c). En frivillig innlagt pasient som mister kompetansen underveis i oppholdet kan derfor ikke lenger motta antipsykotiske legemidler til tross for vedkommende ikke motsetter seg videre behandling. I slike tilfeller må det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) og eventuelt et vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4). I slike tilfeller kan den utvidede obligatoriske observasjonstiden på fem døgn være særlig problematisk ettersom pasienten i utgangspunktet må vente i fem døgn for å kunne fortsette antipsykotisk behandling vedkommende ikke motsetter seg. Likevel gjør phvl. § 4-4 femte ledd andre punktum unntak fra denne observasjonstiden dersom pasienten vil lide vesentlig helseskade ved å utsette legemiddelbehandlingen eller pasienten er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen gjennom tidligere behandlingsopphold.

Statsforvalteren i Trøndelag beskriver i sitt innspill til utvalget at:

> i vår klagesaksbehandling ser vi at psykotiske pasienter får igangsatt behandling med antipsykotika ved innkomst, uten at det blir tatt stilling til samtykkekompetanse. Dette gjelder også når pasienter innlegges til tvungen observasjon etter § 3-2, og det dermed ikke er anledning til å fatte vedtak om behandling med legemidler. […] Vi vurderer at dette igjen kan være uttrykk både for at begrepene «samtykke», «frivillighet» og «tvang» er vanskelig forståelige og anvendbare i klinisk praksis, og at helsepersonell først og fremst er opptatt av å gi alvorlig syke pasienter rask og effektiv behandling i tråd med god faglig praksis.

Utvalget støtter denne vurderingen, og mener det er problematisk å fatte tvangsvedtak for helsehjelp en pasient uten beslutningskompetanse ikke motsetter seg. Etter utvalgets syn er dette i strid med både hovedregelen om frivillighet og god klinisk praksis. Utvalget foreslår derfor at personer uten beslutningskompetanse kan motta legemiddelbehandling de ikke motsetter seg etter pbrl. § 4-6 andre ledd (se punkt 13.4.7).

## 3.9 Beslutningskompetanse som sentralt vilkår for tvang i utkastet til en tvangsbegrensningslov

Manglende beslutningskompetanse er det sentrale vilkåret for bruk av tvang i lovutkastet i NOU 2019: 14. Lovutkastet foreslår at bestemmelsene i psykisk helsevernloven, pbrl. kapittel 4 A (somatiske lidelser) og hol. kapittel 9 (personer med psykisk utviklingshemning) og 10 (rusmiddelavhengige) slås sammen i én felles lov. Tvangslovutvalgets flertall legger til grunn at kravet til manglende beslutningskompetanse skal være en «portvokter inn til tvangsreglene». Det medfører at beslutningskompetanse innføres som vilkår for tvang for personer med psykisk utviklingshemning og rusmiddelavhengige, og viderefører dagens regelverk for personer med psykiske og somatiske lidelser. Tvangslovutvalget mener at problemstillingen ikke er om manglende beslutningskompetanse skal være et vilkår, men om hva som skal være innholdet i dette vilkåret. Tvangslovutvalget mener at de rettslige rammene for kompetansevurderinger ved nektelse av helsehjelp til dels er uklare. Etter Tvangslovutvalgets mening er det å erkjenne fleksibilitet for hva en person må forstå, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd («forstå hva samtykket omfatter»), vel så viktig som spørsmålet om beviskravet («åpenbart»). Derfor fokuserer Tvangslovutvalget på tolkningsprinsipper for vurdering av beslutningskompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte NOU 2019: 14 på høring i juni 2019 med høringsfrist i desember 2019. Det kom ca. 300 høringsuttalelser, og mange leverte omfattende uttalelser. Det var stort sprik i tilbakemeldingene til nesten alle forslagene. HOD inviterte deretter høringsinstansene til å komme med innspill på hva som må til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang i juli 2021 med frist november 2021. Utvalget fokuserer her på høringsinnspillene til NOU 2019: 14 som knytter seg til beslutningskompetanse og er direkte relevante til dagens psykisk helsevernlov, særlig erfaringer knyttet til endringene i psykisk helsevernloven i 2017.

Noen instanser mener at en modell der manglende beslutningskompetanse blir et gjennomgående vilkår for å bruke tvang ikke er i tråd med FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). We Shall Overcome (WSO) trekker frem at beslutningskompetanse ikke er en målbar størrelse, og det er opp til helsepersonells skjønn å foreta kompetansevurderinger. WSO problematiserer også at samme helsepersonell som skal vurdere personens behandlingsbehov også skal vurdere personens beslutningskompetanse.

Sivilombudet trekker frem at flertallets lovforslag knyttet til beslutningskompetanse ikke oppfyller nødvendige krav til presisjon og forutberegnelighet, og at dette åpner i for stor grad opp for forskjellsbehandling og vilkårlighet i skjønnsutøvelsen. Etter Sivilombudets syn vil portvokterfunksjonen til beslutningskompetanse dermed ha liten verdi i praksis. Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) påpeker at innføringen av manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang forutsetter at det samtidig opprettes en ordning for beslutningsstøtte for pasienten, som kan bidra til at flere pasienter blir vurdert å være beslutningskompetente. Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) mener at det er et steg i riktig retning med manglende beslutningskompetanse som inngangsvilkår for tvang, og ønsker at man går vekk fra vektlegging av diagnose. LDO påpeker at det er positivt at Tvangslovutvalgets lovutkast bygger på at alle personer i utgangspunktet er beslutningskompetente, og at en vurdering av manglende beslutningskompetanse må begrunnes konkret.

Flere høringsinstanser er bekymret for at innføringen av beslutningskompetanse som vilkår fører til at terskelen for å bruke tvang øker og at dette kan medføre at det blir flere «svingdørspasienter». Ifølge Legeforeningens høringsinnspill er konsekvensene av endringene i psykisk helsevernloven i 2017 at det har blitt vanskeligere å legge inn pasienter på tvungent psykisk helsevern, og at pårørendes situasjon har blitt betraktelig forverret som følge av mer ansvar for syke pasienter. Legeforeningen erfarer at en del pasienter nå blir «svingdørspasienter», og bekymrer seg for disse pasientene som er for syke til å innse eget behandlingsbehov og ikke syke nok til å kunne tvinges til behandling. Molde kommune/Fræna kommune/Norsk samfunnsmedisinsk forening/Giske kommune beskriver at tidligere stabile pasienter nå har blitt «svingdørspasienter», og at terskelen for tvangsbehandling i det psykiske helsevernet har økt som følge av lovendringene i 2017. Dette høringsinnspillet påpeker at der det er tvil om pasientens samtykkekompetanse, må det tvungne vernet opphøre, og at det da bare er et tidsspørsmål før pasienten igjen blir alvorlig syke og må tvangsinnlegges på nytt.

Flere høringsinstanser mener at rammene for vurderingene av beslutningskompetanse bør reguleres nærmere. Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) mener at det er alvorlig å frata en person selvbestemmelsen, men at det er like alvorlig å vurdere noen med beslutningskompetanse i tilfeller hvor dette er feil ettersom det kan medføre at vedkommende nekter behandling. Ifølge LPP må vurderinger av beslutningskompetanse kvalitetssikres. Helsedirektoratet mener at det er behov for klarere regulering av hva som ligger i forslaget om at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder. Helsedirektoratet støtter å ha manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang, og mener det er særlig viktig å sikre gode kompetansevurderinger. Hvis en person feilaktig anses å ha beslutningskompetanse, vil vedkommende kunne ende med å forkomme på grunn av dette. Etter Helsedirektoratets syn er det derfor viktig at beviskravet for manglende beslutningskompetanse ikke settes for høyt, spesielt ikke dersom konsekvensene av å takke nei til helsehjelp er store.

## 3.10 Beslutningskompetanse i andre lands tvangslovgivning

Vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvangsbruk i psykisk helsevern er ikke et særnorsk fenomen. Beslutningskompetanse har stått særlig sterkt i angloamerikansk rettstradisjon. Tvangslovgivningen innen psykisk helsevern varierer i stor grad mellom land og det er ulikt hvor bearbeidet lovgivningen er. Det gjelder også hvilken rolle beslutningskompetanse har i andres lands tvangslovgivning. I England, Irland, Tyskland og USA inngår beslutningskompetanse som en naturlig del av tvangslovgivningen knyttet til

psykiske lidelser. Dette gjelder også andre land med et angloamerikansk rettssystem, som Nord-Irland, Australia og New Zealand. Derimot har verken Danmark eller Sverige et eget vilkår om manglende beslutningskompetanse i sin tvangslovgivning i psykisk helsevern. Det er en rekke utfordringer med å sammenlikne tvangslovgivning i ulike land. Faktorer som rettskultur og utforming av helsetjenesten vil få stor betydning for hvordan tvangslovgivningen er utformet og praktiseres. Likevel kan utsyn gi viktige perspektiver på rettsutviklingen i Norge. I denne delen av kapittelet ser utvalget nærmere på vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvangsvedtak i de ulike landene. NOU 2019: 14 kapittel 8 har en grundig gjennomgang av tvangslovgivningen i psykisk helsevern i Danmark, Sverige, Island, England og Irland, og danner grunnlaget for denne fremstillingen.

Verken Danmark eller Sverige har et eget vilkår om manglende beslutningskompetanse for tvungent vern eller tvungen behandling i psykisk helsevern. Til tross for visse ulikheter, har både dansk og svensk tvangslovgivning flere likhetstrekk med psykisk helsevernloven før endringene i 2017. I Sverige kreves det derimot ikke et formelt vedtak for tvangsmedisinering, og overlegens beslutning kan ikke påklages (NOU 2019: 14, 2019). I 2017 innførte Danmark en egen lov om anvendelse av tvang ved somatisk behandling av «varigt inhabile», som mangler evnen til å gi et informert samtykke til behandling (Styrelsen for patientsikkerhed, 2019). Denne danske loven har flere likhetstrekk med tvungen somatisk helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A, hvor samtykkekompetanse er et sentralt vilkår. Island har på sin side ikke en egen lov om bruk av tvang i psykisk helsevern. Tvungent vern og tvungen behandling reguleres derimot av lov om rettslig handleevne, hvor vilkårene for fratakelse har visse likhetstrekk med vilkåret om manglende beslutningskompetanse. Fratakelse av rettslig handleevne besluttes av en domstol, og en verge kan samtykke til helsehjelp dersom en person er fratatt rettslig handleevne i personlige spørsmål. En person som har sin rettslige handleevne i behold kan likevel tvangsinnlegges dersom vedkommende har en alvorlig sinnslidelse eller en tilstand som kan sidestilles med dette (NOU 2019: 14, 2019).

Den engelske tvangslovgivningen om beslutningskompetanse er særlig relevant for den norske psykisk helsevernloven. England har en tosporet tvangslovgivning i psykisk helsevern med en egen lov som regulerer spørsmålet om manglende beslutningskompetanse. I likhet med Norge, er utgangspunktet i England at personer over 16 år skal samtykke til helsehjelp. Deler av tvangsbruken i psykisk helsevern er regulert i Mental Health Act. Tvungent vern etter Mental Health Act krever ikke at pasienten mangler beslutningskompetanse, men at innleggelsen er nødvendig av hensyn til personens helse og sikkerhet eller for å beskytte andre personer. Mental Health Act åpner for at pasienten blir underlagt TUD («community treatment order»), men tvangsmedisinering kan som utgangspunkt kun gjennomføres ved døgnopphold (NOU 2019: 14, 2019). Dersom pasienten mangler beslutningskompetanse («mental capacity»), kan tvangsmedisinering likevel skje under «community treatment order» etter reglene i Mental Capacity Act. Dette forutsetter en vurdering av en uavhengig psykiater. MCA trådte i kraft i 2007 og regulerer blant annet kompetansevurderinger og tiltak når en person mangler kompetanse. Loven gjelder både i England og Wales og begrenser seg ikke til helsetjenesten, men omfatter en rekke livsområder hvor spørsmålet om beslutningskompetanse kan melde seg. I likhet med Norge, er utgangspunkt at en person er kompetent og det skal legges til rette for at vedkommende skal ta sine egne valg (NOU 2019: 14, 2019). Bortfall av beslutningskompetanse må skyldes «an impairment of, or a disturbance in the functioning of, the mind or brain», og er dermed videre enn sykdomsvilkåret etter pbrl. § 4-3 andre ledd («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»).

Mental Capacity Act oppstiller fire alternative vilkår for bortfall av beslutningskompetanse som har flere likhetstrekk med FARV som benyttes for kompetansevurderinger i Norge (se tabell 3.5 og punkt 4.6 om FARV). Varianter av disse vilkårene inngår også i lovgivningen om beslutningskompetanse i blant annet Nord-Irland, Australia, New Zealand og Singapore (Kim et al., 2021).

| De fire alternative vilkårene for bortfall av beslutningskompetanse i Mental Capacity Act (vår oversettelse): |
| --- |
| 1. Manglende evne til å forstå («understand») informasjon som er relevant for beslutningen,<br>2. Manglende evne til å holde («retain») på denne informasjonen,<br>3. Manglende evne til å bruke eller vekte («use or weigh») denne informasjonen som del av beslutningsprosessen, eller<br>4. Manglende evne til å uttrykke («communicate») et valg (enten ved tale, tegnspråk eller på annen måte). |

Tabell 3.5: Mental Capacity Act oppstiller fire alternative vilkår for bortfall av beslutningskompetanse.

England har en sammensatt tvangslovgivning i psykisk helsevern hvor helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse er regulert etter Mental Capacity Act. Psykisk helsevernlovens system med et integrert vilkår om manglende samtykkekompetanse skiller seg fra den tosporede engelske modellen. Den engelske tvangslovgivningen synes også å skille mellom tvangsinnleggelse og tvangstiltak utenfor institusjon. Mens det ikke er adgang for en person som mangler kompetanse etter Mental Capacity Act å være tvangsinnlagt etter Mental Health Act, kan samme person være underlagt «community treatment order» og bli tvangsmedisinert. I Norge har man vært opptatt av tvungent vern etter psykisk helsevernloven kapittel 3 skal starte med en innleggelse for å sikre kvaliteten i utredningen og videre behandlingsforløp. En så oppdelt og varierende tvangslovgivning som den engelske kan være krevende å navigere i for pasienter, pårørende og klinikere, og har vært forsøkt reformert og modernisert ved flere anledninger, senest i en rapport fra januar 2023 (Joint Committee on the Draft Mental Health Bill, 2023).

Den irske Mental Health Act fra 2001 inneholder de eneste lovfestede reglene om tvang i Irlands helsetjeneste. Det er per i dag ikke et eget vilkår om manglende beslutningskompetanse for et vedtak om tvangsinnleggelse i Irland. Etter en lovendring i 2015 er det likevel ikke adgang til å gi tvungen behandling til beslutningskompetente pasienter på institusjon. Per i dag er det heller ikke er en egen ordning i Irland for tvungen behandling utenfor psykiatriske institusjoner (NOU 2019: 14, 2019). Assisted Decision-Making (Capacity) Act ble vedtatt i Irland i 2015, og trådte i kraft 26. april 2023. En viktig grunn til at loven ble vedtatt i 2015 var den menneskerettslige utviklingen med økt fokus på selvbestemmelse, da særlig CRPD. Det var en rekke økonomiske, kulturelle og rettslige utfordringer som bidro til at ikrafttredelsen av loven ble utsatt. I likhet med den engelske Mental Capacity Act, skal den irske Assisted Decision-Making (Capacity) Act gjelde på tvers av sektorer hvor spørsmålet om beslutningskompetanse er aktuelt, og legger til grunn en sterk presumsjon om at personer er kompetente. Den irske loven stiller blant annet krav til beslutningsstøtte («assisted decision-

making») for å bistå personen i beslutningsprosessen. Likevel har ikke den irske loven klare hjemler for tvungen helsehjelp ved alvorlig psykisk lidelse, som fortsatt vil reguleres av den irske Mental Health Act. Det kan dermed synes som at Irland har fått en tosporet tvangslovgivning i psykisk helsevern tilsvarende den engelske, hvor vilkåret om beslutningskompetanse slår inn dersom Assisted Decision-Making (Capacity) Act kommer til anvendelse (NOU 2019: 14, 2019).

I USA er tvangslovgivningen i psykisk helsevern regulert på delstatsnivå. Det er likevel et samspill mellom tvangslovgivningen i hver enkelt delstat og føderal rett. Spørsmålet om beslutningskompetanse i psykisk helsevern knytter seg gjennomgående til tvungen behandling og ikke til etablering av tvungent vern. I tysk tvangslovgivning knytter spørsmålet om beslutningskompetanse seg på tilsvarende måte til tvungen behandling og ikke tvungent vern. Tyskland har også et tosporet system hvor det er vekselvirkninger mellom tvangslovgivningen på delstats- og forbundsnivå (NOU 2011: 9, 2011).

Utvalget finner at tvangslovgivningen i psykisk helsevern i en del andre land har beveget seg i retning av en kompetansebasert modell, blant annet England, Irland, USA og Tyskland. Mens flere land har et selvstendig vilkår om manglende beslutningskompetanse for tvungen behandling, synes det å være relativt få land som per i dag har et slikt vilkår for tvungent psykisk helsevern. Etter utvalgets syn, foregår det det en utvikling internasjonalt i tråd med den menneskerettslige utviklingen, hvor stadig flere land beveger seg i retning av å innarbeide vilkåret som en del av sin tvangslovgivning i psykisk helsevern.

## 3.11 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer innføringen av manglende samtykkekompetanse som et vilkår for tvungen observasjon (phvl. § 3-2), tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) og undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4-4) i 2017 som et viktig og naturlig skritt for å styrke pasienters autonomi. Beslutningskompetanse er det juridiske kjernebegrepet for om pasienten er autonom eller ikke. Lovendringene i 2017 var også et resultat av og i tråd med utviklingen innen menneskerettigheter og medisinsk etikk.

Utvalget vurderer at de øvrige endringer i psykisk helsevernloven i 2017, blant annet endret formålsbestemmelse, lengre observasjonstid før vedtak om behandling uten eget samtykke, detaljerte føringer for utforming av vedtak, har hatt stor betydning for praksis. Likevel har disse lovendringene fått langt mindre oppmerksomhet enn innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Lovendringene skulle klargjøre og skjerpe eksisterende krav til begrunnelse og innhold i tvangsvedtak. Selv om dette er viktig for å ivareta pasientens rettssikkerhet, erfarer utvalget at de øvrige lovendringene i 2017 har bidratt til en betydelig økning i dokumentasjonskravene blant vedtaksansvarlige i psykisk helsevern. Formålet om å styrke pasientens selvbestemmelse innebar et ønske om å redusere tvangsbruk og øke grad av frivillig behandling. Lovendringene i 2017 oppfordret dermed helsepersonell til i større grad å oppnå frivillighet uten at ressursene til frivillige behandlingsalternativer ble økt. Utvalget mener at betydningen av å innføre samtykkevilkåret må ses i sammenheng med de øvrige lovendringene i 2017 og utviklingen både i psykisk helsevern og samfunnet for øvrig siden 2017.

Utvalget vurderer at utfordringene knyttet til lovendringene i 2017 delvis knytter seg til mangelfull opplæring og veiledning om hvordan regelverket skal forstås og manglende kvalitetssikring av kliniske kompetansevurderinger. Etter utvalgets syn, har innføringen av kompetansevilkåret i for stor grad basert seg på at lovendringene i seg selv vil medføre

endring i klinisk praksis. Slik utvalget ser det, krever en bærekraftig kompetansebasert modell en mer helhetlig tilnærming til endringer på alle nivåer i helsetjenesten. En slik helhetlig tilnærming omfatter blant annet bedre brukermedvirkning og pårørendeinvolvering, økt faglig eierskap til beslutningskompetanse og frivillig behandlingsalternativer. Utvalget viser her til gjennomgangen av de fem søylene for en bærekraftig kompetansebasert modell i kapittel 13.

Etter utvalgets syn, ligger det her en antakelse (presumsjon) i forarbeidene om at pasienter med alvorlig sinnslidelse mangler beslutningskompetanse i en akutt sykdomsfase. Slik utvalget ser det, bør denne antakelsen få betydning for klinisk praksis knyttet til beslutningskompetanse i ulike faser av sykdomsforløpet. Utvalget forstår formålet til lovendringene som primært å unngå at kompetente personer mottar langvarig medikamentell vedlikeholdsbehandling. Det er altså tvang overfor kompetente pasienter (sterk paternalisme) som ikke utgjør fare som den kompetansebaserte modellen tar sikte på å redusere.

Utvalget vurderer at kravet om at det må fattes tvangsvedtak overfor pasienter uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand mot helsehjelpen (pbrl. § 4-3 femte ledd) kan være i strid med både hovedregelen om frivillighet og god klinisk praksis. Utvalget mener at personer både med og uten alvorlig psykisk lidelse og som mangler beslutningskompetanse og er hjelpetrengende, bør få tilgang til helsehjelp de ikke motsetter seg. Utvalget foreslår derfor lovendringer slik at personer med og uten alvorlig psykisk lidelse som mangler beslutningskompetanse kan motta helsehjelp de ikke motsetter seg etter pbrl. § 4-6 andre ledd (se punkt 13.4.7).

# 4 Vurdering av beslutningskompetanse

Oppsummering

- Tre vilkår som må være oppfylt for at en person over 16 år kan bli vurdert til å mangle samtykkekompetanse: forståelseskrav («forstå hva samtykket omfatter»), sykdomsvilkår («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»), krav til årsakssammenheng («på grunn av»), jf. pasient- og brukerettighetsloven § 4-3 andre ledd.

- Den vedtaksansvarlige vurderer pasientens kompetanse i forbindelse med vedtak etter psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 og 4-4. Kompetansevurderingen er dermed avgjørende for om vedkommende kan utsettes for tvang, med mindre unntaket for fare er oppfylt. Kompetansevurderinger må derfor ha høy pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) for å ivareta pasientens rettssikkerhet.

- Pasientens forutsetning for å kunne samtykke må ivaretas. Det må gis tilstrekkelig og tilpasset informasjon om helsepersonellets vurderinger av pasientens tilstand. Kompetansevurderinger av god kvalitet kan avhenge av tilstrekkelige opplysninger fra pårørende og/eller helsepersonell som har kjent pasienten over tid. Kompetansevurderinger skal være begrunnet og knyttes konkret til helsehjelpen.

- Høyesterettspraksis tilsier at innsikt i egen situasjon, sykdom og konsekvenser av et behandlingsvalg og om personen handler i tråd med denne innsikten er viktig i kompetansevurderinger. Forståelseskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd er ikke oppfylt dersom pasienten mangler evne til å forstå konsekvensene av sitt valg. Dynamikken i forståelseskravet innebærer at konsekvenser av pasientens valg får betydning for kompetansevurderingen. Dersom pasientens valg kan få store negative for vedkommende selv eller andre, tilsier det at forståelseskravet blir skjerpet. Motsvarende vil forståelseskravet bli lavere dersom konsekvensene er bagatellmessige.

- Kompetansevurderingen består av fire elementer som alle må være til stede for å anse en person som kompetent: forståelse, anerkjennelse, resonnering og evne til å uttrykke valg. Disse fire elementene sammenfattes i akronymet FARV.

## 4.1 Innledning

De fleste pasienter i det psykiske helsevernet er beslutningskompetente for beslutninger om helsehjelp, mens et mindretall mangler beslutningskompetanse (Okai et al., 2007). I kjernen av kompetansevurderingen står spørsmålet om pasienten klarer å ta en beslutning om helsehjelp som ikke i for stor grad er påvirket av sin helsetilstand (Jorem, 2019). Pasientens beslutningskompetanse må vurderes konkret for helsehjelpen det gjelder, og et bortfall av kompetanse gjelder ikke generelt.

Avgrensningen av om en person kan få bestemme selv eller om noen andre må ivareta pasientens interesser, utgjør kjernen av kompetansevurderingen. Vurderingen avgjør hvilke pasienter som skal fratas retten til selv å ta beslutningen om egen helsehjelp, og gir ansvarlig helsepersonell rett til å bestemme når pasienten skal ha rett til å samtykke til og nekte helsehjelp (Beauchamp et al., 2019). Avgrensningen kan dermed også bli avgjørende for om pasienten kan utsettes for tvang dersom det ikke foreligger fare for pasienten selv eller andre. Spørsmålet om beslutningskompetanse reflekterer den grunnleggende verdikonflikten mellom autonomi og paternalisme der retten til selvbestemmelse settes opp mot behovet for å verne pasienter mot sine egne, ukloke valg om egen helse.

Det er viktig at kompetansevurderinger er både pålitelige (reliable) og gyldige (valide) da de får store konsekvenser for pasientens rettslige stilling og om pasienten har anledning til å nekte behandling. Kompetansevurderinger skal bidra til å finne en rimelig balanse mellom behovet for selvbestemmelse (autonomi) og behovet for å ivareta den hjelpetrengende (paternalisme). Dersom det er mangelfull kvalitet eller stor ulikhet i kompetansevurderinger, kan det føre til uønsket variasjon i bruk av tvang, overbehandling og underbehandling. Dette kan svekke den rettssikkerheten som en kompetansebasert tvangslovgivning søker å oppnå (Østenstad, 2018). Dersom vurderingene av beslutningskompetanse er ustrukturerte, kan dette bidra til uønsket variasjon i vurderingene (Marson et al., 1997).

## 4.2 Formelle krav til kompetansevurderinger i psykisk helsevern

Utgangspunktet er at personer over 16 år har beslutningskompetanse og selv kan ta beslutninger om helsehjelp. Kravene som stilles til vurdering av samtykkekompetanse følger av pbrl. § 4-3. Den som yter helsehjelp, avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse (pbrl. § 4-3 tredje ledd). Faglig ansvarlig psykiater eller psykologspesialist vurderer pasientens samtykkekompetanse i forbindelse med tvangsvedtak etter §§ 3-2, 3-3 og 4-4 (phvl. § 1-4). I tillegg skal samtykkekompetansen vurderes ved tre-måneders kontroller (phvl. § 4-9) og søknad om ett års forlengelser (phvl. § 3-8 tredje ledd). Kompetansevurderinger er også av betydning for en rekke andre spørsmål i psykisk helsevern, som involvering av pårørende og tvungen somatisk helsehjelp. Spørsmålet om beslutningskompetanse vil også være etisk relevant for de fleste beslutninger om helsehjelp.

Ved vurderingen av beslutningskompetanse skal pasientens forutsetninger for å kunne samtykke best mulig ivaretas (se punkt 4.2.1 nedenfor). I vurderingen skal pasienten bli hørt, i tillegg kan det være behov for å innhente informasjon fra pårørende, spesialist- og kommunehelsetjenesten og andre samfunnsaktører som politiet. I vedtaket skal den vedtaksansvarlige begrunne kompetansevurderingen, og vurderingen skal være konkret i forhold til den aktuelle helsehjelpen.

### 4.2.1 Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke må ivaretas

Ved vurdering av beslutningskompetanse må pasientens forutsetninger for å kunne samtykke best mulig ivaretas. Dette følger av helsepersonells tilretteleggingsplikt etter pbrl. § 4-3 tredje ledd. Her fremgår at helsepersonellet ut fra «pasientens alder, modenhet, erfaring og tilstand» skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten kan forstå og selv treffe avgjørelsen om helsehjelp. At forutsetningene «best mulig» skal ivaretas, innebærer at pasienten skal gis tilstrekkelig og tilpasset informasjon om helsepersonells vurderinger av vedkommendes tilstand. Pasienten skal også gjøres kjent med diagnose, aktuelle behandlingsmuligheter og sannsynlig virkninger, bivirkninger og prognose med og uten behandling, og om sannsynligheten for mulige utfall. Pasienten har også krav på tilstrekkelig og tilpasset

informasjon om helsepersonells vurderinger av konsekvensene av at tilstanden ikke behandles. I tillegg må pasienten få anledning til å legge frem sitt syn på sin tilstand og den helsehjelpen som tilbys, og til å forklare hvorfor vedkommende tenker slik. Dersom pasienten har en person vedkommende stoler på sammen med seg, for eksempel nærmeste pårørende, kan dette trygge pasienten i forbindelse med en kompetansevurdering. Nærmeste pårørende kan også bidra med informasjon om pasientens ønsker og behov. Pasientens helsesituasjon må også best mulig ivaretas, for eksempel ved smertelindring, abstinensbehandling, ernæring og hvile ved søvnmangel.

### 4.2.2 Vedtaksansvarlig kan innhente informasjon fra pårørende og andre relevante aktører som kjenner pasienten

For å vurdere beslutningskompetanse på en måte som ivaretar pasientens integritet og rettssikkerhet, kan det være nødvendig å innhente informasjon fra pårørende og andre som har kjent pasienten over tid, for eksempel en psykisk helsearbeider i kommunen. Det er viktig å innhente informasjon fra både pasient og andre rundt om hvordan pasienten har fungert den siste tiden, og hvordan sykdomsforløpet ellers har vært.

### 4.2.3 Den vedtaksansvarliges og tilsynsorganets vurdering av beslutningskompetanse skal begrunnes

Den vedtaksansvarliges vurdering av beslutningskompetanse må begrunnes konkret i vedtaket. Formålet med kravet er at grunnlaget for vedtaket skal forstås og være etterprøvbart. Kravene til begrunnelse av vedtak om tvungent vern og behandling uten eget samtykke ble skjerpet i forbindelse med lovendringene i 2017. Både phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a oppstiller en rekke vilkår som må være oppfylt for å fatte vedtak, og som skal bidra til å styrke pasientens rettssikkerhet. Ifølge forarbeidene til endringene i psykisk helsevernloven i 2017 var det først og fremst en tydeliggjøring av eksisterende krav til begrunnelse som fulgte av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven (Prop. 147 L (2015–2016) punkt 9.2.4) (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Departementet anerkjenner at disse endringene kan kreve mer administrativt arbeid, men mener det er rimelig å kreve mer begrunnelse for så inngripende tiltak. Utvalget mener at lovendringene også innebar strengere krav til klarhet i de faglige vurderingene, som går utover det administrative. Begrunnelsen for kompetansevurderingen må knytte seg til konkret informasjon om den enkelte pasientens tilstand og situasjon (se omtale i punkt 4.2.4 nedenfor).

Sivilombudet har ved flere anledninger rettet kritikk mot tilsynsorganenes begrunnelser av vedtak etter phvl. §§ 3-3 og § 4-4. En uttalelse fra Sivilombudet i 2019 (SOM-2018-2278) gjaldt Statsforvalterens vedtak om tvangsmedisinering (§ 4-4). Ombudet mente blant annet at Statsforvalteren gav en mangelfull begrunnelse for at beviskravet om «åpenbart» manglende samtykkekompetanse (pbrl. § 4-3 andre ledd) var oppfylt. Ifølge Sivilombudet ble begrunnelsesplikten skjerpet som følge av at vedtak om tvangsmedisinering er en særlig inngripende avgjørelse. Videre måtte kravene til begrunnelse for kompetansevurderingen ses i sammenheng med det strenge beviskravet for det materielle forståelseskravet («åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» i pbrl. § 4-3 andre ledd). Vedtaket må derfor gjengi hovedhensynene som har vært avgjørende for kompetansevurderingen. I tillegg må vedtaket omtale alle momenter som med rimelighet kan reise tvil om forståelsesevnen er bortfalt. Etter Sivilombudets syn var det i strid med begrunnelsesplikten at dette ikke ble gjort i Statsforvalterens vedtak (Sivilombudet, 2019). En annen uttalelse fra Sivilombudet i 2022 (SOM-2022-3720) gjaldt kontrollkommisjonens vedtak om forlengelse av tvungent psykisk

helsevern (phvl. § 3-8, jf. § 3-3). Ombudet fant at kontrollkommisjonens begrunnelse for fortsatt tvungent psykisk helsevern ikke oppfylte kravene til begrunnelse i forvaltningsloven § 25 og psykisk helsevernforskriften § 55 tredje ledd. Sivilombudet mente at kontrollkommisjonen måtte redegjøre for de sentrale momentene som har vært avgjørende for kompetansevurderingen, og det må fremgå at momenter av betydning har vært avveid (Sivilombudet, 2022a).

### 4.2.4 Vurdering av beslutningskompetanse skal være konkret

Kompetansevurderingen skal gjøres konkret for den aktuelle formen for helsehjelp. Dette følger av at samtykkekompetansen kan bortfalle «helt eller delvis» og at pasienten ikke er i stand til å forstå hva «samtykket» omfatter, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd. Det vil si at behandlende helsepersonell må vurdere pasientens kompetanse knyttet direkte til den aktuelle helsehjelpen som tilbys. Vurderingen må dermed ha forskjellig tilnærming og innhold om den angår å takke ja eller nei til en innleggelse i institusjon eller om det gjelder medisinering ved psykose. Pasienten kan mangle beslutningskompetanse i spørsmål om innleggelse, men samtidig være kompetent ved vurdering av legemiddelbehandling. Ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) (§ 3-3, jf. § 3-5 tredje ledd) vil kompetansevurderingen oftest i stor grad være sammenfallende for det tvungne vernet og legemiddelbehandlingen. Dette er fordi det tvungne vernet i slike tilfeller ofte hovedsakelig vil bestå av legemiddelbehandlingen (Helsedirektoratet, 2017c).

Den vedtaksansvarliges samtale med pasienten retter seg mot kliniske aspekter ved pasientens tilstand og den beslutningen om helsehjelp pasienten skal ta. Vurdering av beslutningskompetanse krever i tillegg til klinisk kompetanse, også kjennskap til etiske og juridiske aspekter ved pasientautonomi og kravene til et gyldig samtykke (Grisso et al., 1998; Pedersen et al., 2007). Dette kan kreve tid til refleksjon og diskusjon, blant annet for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk. I noen saker er det nyttig å drøfte beslutningen med en kollega eller i tverrfaglige team. Samtidig er utvalget bevisst på at den vedtaksansvarlige har en rekke andre arbeidsoppgaven enn å vurdere beslutningskompetanse, og at kravene til vurderingene må ses i sammenheng med øvrige krav som stilles. Det er uansett viktig at den vedtaksansvarlige har tilstrekkelig konkret kjennskap til pasientens tilstand og hvordan denne tilstanden virker inn på pasientens evne til å samtykke til behandling.

## 4.3 Vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse inngikk som en del av endringene i psykisk helsevernloven i 2017. Sentralt for kompetansevurderingen er i hvilken grad sykdommen påvirker pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. Vilkårene for bortfall av pasientens samtykkekompetanse følger som nevnt av pasient- og brukerettighetsloven (pbrl.) § 4-3 andre ledd. Ut fra høyesterettspraksis (HR-2018-2204-A, HR-2021-1263-A) er det som nevnt i punkt 3.6.4, tre vilkår som må være oppfylt for at en person skal kunne fratas retten til å nekte å motta helsehjelp etter denne bestemmelsen:

- Et krav til manglende forståelse («åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»)
- Et sykdomsvilkår («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»)

- Et krav til årsakssammenheng («på grunn av»)

Vilkårene for bortfall av samtykkekompetanse har vært uendret i pbrl. § 4-3 andre ledd siden bestemmelsen ble vedtatt i 1999. Bestemmelsen gjelder både for somatisk helsehjelp og psykisk helsevern. Hvorvidt pasienten er kompetent avgjøres av den som yter helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd. For vedtak om tvungent vern eller behandling uten eget samtykke, vil det være vedtaksansvarlig psykologspesialist eller spesialist i psykiatri.

I HR-2018-2204-A betegner Høyesterett «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (pbrl. § 4-3 andre ledd) som forståelsesevne. Det følger av forarbeider, rettspraksis og rundskriv til psykisk helsevernloven at den juridiske vurderingen av samtykkekompetanse ved bruk av FARV knytter seg til denne forståelsesevnen (se blant annet HR-2018-2204-A avsnitt 45 flg.). Skillet mellom denne forståelsesevnen (kalt forståelse i vid forstand) og evnen til å forstå ut fra elementene i FARV (kalt forståelse i snever forstand eller oppfatte) kan være uklart. Videre kan det innvendes at det å ta en beslutning er en annen kognitiv funksjon enn det å forstå. Høyesteretts bruk av *forståelsesevnen* kan muligens bidra til begrepsforvirring når det skal brukes sammen med elementene i FARV. Utvalget har derfor valgt betegnelsen *forståelseskravet* for å bidra til å skille det noe mer fra elementene i FARV.

### 4.3.1 Forståelseskravet

Det sentrale materielle kravet for bortfall av beslutningskompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd er at pasienten «ikke er i stand til å forstå» hva samtykket omfatter. Et materielt krav knytter seg til selve innholdet i bestemmelsen, mens et beviskrav innebærer et krav til sannsynlighetsgrad for at et faktum skal anses bevist. Det er faktum i den konkrete saken som skal vurderes opp mot det materielle kravet. Den vedtaksansvarlige må altså vurdere om pasienten «ikke er i stand til å forstå» ut fra samtalen med pasienten sammen med andre relevante opplysninger i saken. Først da kan den vedtaksansvarlige ta stilling til om det er «åpenbart» (beviskravet) at dette skal anses bevist. Noe forenklet kan man si at vurderingen av forståelseskravet handler om hvor mye forståelse pasienten har, mens beviskravet dreier seg om hvor sikker man er på denne vurderingen. Etter en juridisk tenkemåte er det viktig å holde forståelses- og beviskravet atskilt, mens dette nok virker mer fremmed i en klinisk tilnærming.

Forståelseskravet er det sentrale i en kompetansevurdering. FARV (forstå, anerkjenne, resonnere og valg) er et akronym for de fire sentrale elementene som inngår i ulike verktøy for å vurdere beslutningskompetanse. Det er en forutsetning at alle disse fire elementene er til stede for at forståelseskravet er oppfylt. Utvalget ser nærmere på FARV i punkt 4.6 nedenfor.

Kravet om manglende forståelse må ses i sammenheng med de tidligere nevnte reglene for å kunne gi et gyldig samtykke til helsehjelp. For at pasienten skal kunne ta et informert valg om videre behandling, må vedkommende være i stand til å forstå den informasjonen som blir gitt og hvilke konsekvenser det kan få å nekte helsehjelpen. Forarbeidene til pasient- og brukerettighetsloven § 4-3 andre ledd presiserer at manglende samtykkekompetanse krever at pasienten «åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva samtykket omfatter, dvs. tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen» (Ot.prp. nr. 12 (1998–1999), 1998). Konsekvensene av pasientens behandlingsvalg har dermed betydning for det materielle forståelseskravet ifølge forarbeidene.

Høyesterett drøftet innholdet i forståelseskravet i HR-2018-2204-A, som gjaldt krav om utskrivelse av en kvinne med schizoaffektiv lidelse som hadde vært underlagt tvungent psykisk

helsevern i nærmere syv år. Tvangsbruken hadde bestått i månedlige depotinjeksjoner de siste fem årene. Høyesterett fant at vilkåret om manglende samtykkekompetanse var oppfylt da kvinnen ikke hadde reell innsikt i egen situasjon eller forståelse av konsekvensene av å avslutte behandlingen. Ut fra en helhetsvurdering kom Høyesterett likevel til at kravet om utskrivelse skulle tas til følge. Dette ble begrunnet i lovgivers vektlegging av selvbestemmelse, aktuell vedlikeholdsbehandling og tvil knyttet til tidskravet for forverringsalternativet i behandlingskriteriet. Høyesterett viste i sin drøftelse av samtykkevilkåret til rundskrivet til psykisk helsevernloven og la til grunn at det å være samtykkekompetent forutsetter «et visst nivå av konsekvensinnsikt» og at «[u]ten en slik innsikt vil det være vanskelig for pasienten å vurdere hva som kan bli følgene av å nekte behandling» (avsnitt 50). Ut fra Høyesteretts forståelse av uttalelsene i forarbeidene og rundskrivet til psykisk helsevernloven, «er det avgjørende da om pasienten har evne til å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forutsetninger» (avsnitt 59).

I dommen påpeker Høyesterett at det avgjørende for forståelseskravet er:

> i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse (avsnitt 63).

Høyesterett fremhever her betydningen av konsekvensene av pasientens behandlingsvalg. Ifølge Høyesterett vil en pasient som mangler evne til å forstå konsekvensene av en behandlingsnektelse, mangle samtykkekompetanse.

Denne forståelsen av innholdet i forståelseskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd er også lagt til grunn av Høyesterett i HR-2021-1263-A. Saken gjaldt krav om overprøving av tvungen helsehjelp i form av tilbakeholdelse i somatisk helseinstitusjon, jf. pbrl. § 4A-3, jf. § 4A-5. Ettersom pbrl. § 4-3 gjelder for både somatisk og psykisk helsehjelp, får dommen også betydning for det psykiske helsevernet. I denne dommen fra 2021 sammenfatter Høyesterett forståelseskravet som at «pasienten må mangle evne til å forstå konsekvensene av sitt valg». Denne presiseringen av forståelseskravet kan forstås som en dreining i rettspraksis mot at pasientens forståelse av konsekvensene av valget kan være sentral i kompetansevurderingen.

Tilstrekkelig forståelse av sykdommen og innholdet i helsehjelpen vil fortsatt være viktige momenter i vurderingen av forståelseskravet. I nevnte HR-2018-2204-A påpeker Høyesterett at:

> pasienter med alvorlig sinnslidelse som har noenlunde realistisk innsikt i sin situasjon, selv kan avgjøre om de vil ha helsehjelp. Det gjelder også der det er langvarig medisinering som har gitt vedkommende forståelsesevnen tilbake. I motsetning til tidligere vil altså disse personene kunne velge å avslutte behandlingen, selv om helsepersonellet vurderer dette som uheldig (avsnitt 64).

Høyesterett trekker her frem sykdomsinnsiktens betydning for å vektlegge pasientens selvbestemmelse etter innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Samtidig mener utvalget at det kan få uheldige utslag dersom vurderingen av forståelseskravet knyttes for tett opp til pasientens diagnose og hvorvidt vedkommende er enig i denne.

I HR-2020-1167 nyanserer Høyesterett sykdomsinnsiktens betydning for samtykkekompetanse ytterligere. Saken gjaldt begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern for en pasient med en alvorlig spiseforstyrrelse, jf. phvl. § 3-3. Begjæringen om

opphør ble ikke tatt til følge. Høyesterett påpeker at «A har omfattende og nyansert innsikt i sin sykdom. Det avgjørende for spørsmålet om samtykkekompetanse er likevel at hun ikke er i stand til å innrette seg etter denne innsikten» (avsnitt 70). Videre fremhever Høyesterett at den sakkyndige beskriver i sin erklæring at «As forestillinger om egen kropp ikke lar seg realitetsorientere, og at evnen til «å resonnere med relevant informasjon og vurdere alternativer er sterkt påvirket av uregulerte følelser»» (avsnitt 70). Ut fra denne dommen er både pasientens forståelse av egen sykdom og at personen handler i tråd med denne forståelse forutsetninger for å være samtykkekompetent.

Helse Midt-Norge påpeker i sitt innspill til utvalget at de nevnte høyesterettsdommene fra 2018 og 2020 «presiserer at manglende sykdomsinnsikt ofte er ensbetydende med manglende samtykkekompetanse. I tillegg vektlegger de pasientens handlinger i samtykkekompetansevurderingen. Anvendelse av denne tolkningen av gjeldende lovverk vil kunne løse noen av de utfordringene flere oppfatter ligger i nåværende lovverk, særlig i forhold til å hindre at pasienter blir for syke før man får mulighet til å behandle dem i medhold av tvungent psykisk helsevern.» Utvalget støtter disse betraktningene, og mener at høyesterettspraksis om vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan tolkes som en økt vektlegging av sykdoms- og konsekvensinnsikt og om personen handler i tråd med denne innsikten.

Det å «innrette seg etter denne innsikten» er nært knyttet til konsistensen i pasientens valg. Den engelske Mental Capacity Act oppstiller som nevnt fire alternative vilkår for bortfall av beslutningskompetanse (se omtale i punkt 3.10 ovenfor). Vilkåret om manglende evne til å holde («retain») på informasjonen har flere likhetstrekk med det å «innrette seg etter denne innsikten». Spørsmålet om konsistensen i pasientens valg melder seg i denne sammenhengen. Dersom pasienten ofte skifter mening om et behandlingsvalg, kan dette tale for at ambivalensen medfører en manglende evne til å ta et valg. Etter utvalgets syn vil det å «innrette seg etter denne innsikten» også være påvirket av pasientens verdier og ønsker og hva konsekvensene av valget blir. Ambivalens og inkonsistens kan medføre at pasienten ikke evner å resonnere eller velge i tråd med egne interesser eller verdier, eller ikke evner å anerkjenne at konsekvensene av valget kan gjøre at disse verdiene eller ønskene ikke blir oppfylt. Slik utvalget ser det, kan et for sterkt fokus på mangelfull evne til å innrette seg etter innsikten medføre at viktige sider ved kompetansevurderingen, som pasientens verdier og ønsker og konsekvensene av valget, ikke blir tilstrekkelig vektlagt i vurderingen.

Kravet til forståelse avhenger av pasientens rett til nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen etter pbrl. § 3-2, jf. § 4-1. Kravet til informasjonen helsepersonellet gir pasienten vil derfor skjerpes jo mer inngripende helsehjelpen er. Tilsvarende vil kravet til informasjon skjerpes når konsekvensene av å nekte behandling er store. Det medfører at pasienten må få grundigere informasjon i forbindelse med et krevende behandlingsvalg, som igjen stiller større krav til pasientens forståelse (Helsedirektoratet, 2017c). Det følger av HR-2018-2204-A at vedkommende «åpenbart ikke har reell innsikt i sin situasjon eller forståelse for konsekvensene av å avslutte behandlingen» (avsnitt 70). Konsekvensene av behandlingsnektelsen er det sentrale for dynamikken i forståelseskravet, som utvalget omtaler nærmere i punkt 4.4 nedenfor.

### 4.3.2 Beviskravet «åpenbart»

Beviskravet om at pasienten «åpenbart» ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, knytter seg til forståelseskravet. Det strenge beviskravet «åpenbart» har vært uendret i pbrl. § 4-3 andre ledd siden loven ble vedtatt i 1999. Beviskravet er forstått slik at dersom

helsepersonell er i tvil om samtykkevilkåret er oppfylt, skal pasienten vurderes som kompetent. Det innebærer at mange pasienter med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vil kunne bli vurdert som kompetente (Helsedirektoratet, 2017c). I praksis kan det innebære at både behandlere og pårørende må se på at pasienter tar valg som de er uenig i (Jorem, 2019).

Høyesterett går nærmere inn på innholdet i beviskravet i den nevnte dommen fra 2021 (HR-2021-1263-A). I dommen hadde pasienten omfattende helseproblemer grunnet langvarig alkoholmisbruk. Til tross for tvangsmessig tilbakeholdelse på institusjon de siste tre årene, ble vilkårene for fortsatt tvungen helsehjelp vurdert oppfylt. I dommen fant Høyesterett at vilkåret om manglende samtykkekompetanse var oppfylt, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd. I sin nærmere drøftelse av beviskravet, påpeker Høyesterett at «begrepet «åpenbart» gir anvisning på et strengere beviskrav enn klar sannsynlighetsovervekt, men ikke på et beviskrav som er like strengt som det strafferettslige» (avsnitt 45). Høyesterett støtter her Sivilombudets uttalelser i SOM-2018-2278, hvor Sivilombudet påpeker at «dersom det er tvil om personen mangler den nødvendige evnen til å forstå hva behandlingsavgjørelsen gjelder, skal vedkommende regnes for å være samtykkekompetent, og eventuell motstand mot helsehjelpen må respekteres» (avsnitt 44).

Denne forståelsen av beviskravet «åpenbart» er lagt til grunn i Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven, hvor det fremgår at det skal «en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til helsehjelpen, eventuelt å nekte å motta helsehjelpen. Siden beviskravet «åpenbart» er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente» (Helsedirektoratet, 2017c). At beviskravet skal forstås som fravær av tvil, synes også å ha blitt lagt til grunn for klinisk praksis ut fra innspill til utvalget. Utvalget setter spørsmålstegn ved å legge fravær av tvil til grunn for forståelsen av «åpenbart» da det tilsynelatende opphever Høyesteretts egen avgrensning mot det strafferettslige beviskravet. Etter utvalgets syn bidrar uttalelser som at «det skal en del til for at samtykkekompetansen bortfaller» også til uklarhet om grensen mellom det materielle forståelseskravet og beviskravet.

Tvangslovutvalget viser til at det strenge norske beviskravet «åpenbart» er «høyst uvanlig i en internasjonal sammenheng» (NOU 2019: 14, 2019). Flertallet i Paulsrud-utvalget mener at det bør være en presumsjon om samtykkekompetanse, men at den ikke bør være så sterk som «åpenbart». Ifølge flertallet er ikke et slikt beviskrav dimensjonert for at pasienten også skal ha en rett til å nekte faglig forsvarlig og nødvendig helsehjelp. «Overveiende sannsynlig» representerer en mer balansert standard med tanke på å ivareta både pasientens selvbestemmelsesrett og velferd ifølge flertallet (NOU 2011: 9, 2011, s. 155). Tvangslovutvalget støtter Paulsrud-utvalget i at det eksisterende beviskravet «åpenbart» er lite egnet for behandlingsnektelse, som dominerer tvangssituasjoner i det psykiske helsevernet. Utvalget støtter dette, og mener at «åpenbart» er et for strengt beviskrav (grad av sannsynlighet) for de materielle forholdene (faktum) som må til får å se bort fra presumsjonen om beslutningskompetanse.

Beviskravet «åpenbart» ble likevel beholdt i prosessen som førte frem til lovendringene i 2017. I utkastet til en felles lovregulering av tvang i helse- og omsorgssektoren har Tvangslovutvalget foreslått alminnelig sannsynlighetsovervekt som beviskrav ved midlertidige vedtak, som omfatter tvungen observasjon etter dagens psykisk helsevernlov ((NOU 2019: 14, 2019, s. 524) og lovutkastet § 9-14). For ordinære vedtak uttrykker Tvangslovutvalget forståelse for et synspunkt om at «åpenbart» er for strengt som beviskrav. Tvangslovutvalget foreslår likevel ikke noen endring på dette beviskravet, delvis for å hindre utglidning i praksis og delvis fordi

Tvangslovutvalget oppfatter det som viktigere å få inn i loven en presisering knyttet til at konsekvenser av behandlingsnektelse har betydning for kompetansevurderingen.

Utvalget viser til at vurderingen av beviskravet «åpenbart» kan forstås ulikt av helsepersonell og jurister. Etter utvalgets syn har helsepersonell og jurister ulike tvilsnormer som kan få betydning for tilnærmingen til beviskravet. Det verste som kan skje for en lege, er at en pasient som trenger behandling ikke får nødvendig hjelp (intervenere ved tvil). For jurister vil det verste utfallet være at en beslutningskompetent persons autonomi ikke respekteres (ikke sanksjonere ved tvil). Disse ulike tvilsnormene innebærer som utgangspunkt at helsepersonell vil intervenere ved tvil, mens jurister ikke vil sanksjonere ved tvil. Videre vil helsepersonell og jurister ofte ha ulik forståelse for hva som skal til for å være i tvil. Etter utvalgets syn skal det mye til før helsepersonell sier at noe er «åpenbart», særlig når det er noe de kan lite om og der de er usikre på om deres vurdering er lik andres. I den kliniske skjønnsutøvelsen er det tvil knyttet til stort sett alle handlingsalternativer. Et krav til fravær av tvil i kompetansevurderinger harmonerer derfor dårlig med fagmedisinske vurderinger. I verste fall kan et slikt beviskrav og klinikeres iboende tvil føre til at ikke-kompetente personer med alvorlig psykisk lidelse ikke får nødvendig helsehjelp fordi de har blitt vurdert beslutningskompetente. Utvalget omtaler hvordan å håndtere falske positive og falske negative kompetansevurderinger i punkt 12.7 nedenfor.

Utvalgets forslag til lovendring om å senke beviskravet til «overveiende sannsynlig» innebærer at det skal mindre til for at pasientens beslutningskompetanse faller bort (se punkt 13.4.4). Med «overveiende sannsynlig» mener utvalget at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at forståelseskravet er oppfylt. Dette vil forhåpentligvis bidra til at flere pasienter får den hjelpen de trenger. Utvalget legger til grunn at det å senke beviskravet ikke nødvendigvis fører til mer tvangsbruk, men at lovverket bedre harmonerer med gjeldende praksis.

### 4.3.3 Sykdomsvilkåret

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd forutsetter videre at pasientens samtykkekompetanse har falt bort som følge av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming». Dette omtales som sykdomsvilkåret i høyesterettspraksis (HR-2018-2204-A og HR-2021-1263-A). Ut fra sykdomsvilkåret kan mangelen på samtykkekompetanse like gjerne skyldes en somatisk som en psykisk tilstand, og den kan være ervervet (eksempelvis senil demens) eller medfødt (eksempelvis psykisk utviklingshemming). Manglende forståelse av andre grunner, som manglende språkforståelse, medfører ikke manglende samtykkekompetanse. Slike forhold skal avhjelpes, for eksempel med bruk av tolk (Jorem, 2019).

Både Paulsrud- og Tvangslovutvalget foreslår å oppheve sykdomsvilkåret i pbrl. § 4-3 andre ledd. Bakgrunnen for dette var at det skulle være en diagnosenøytral bestemmelse, og unngå slike diagnosebaserte eller diagnosenære vilkår som sykdomsvilkåret (NOU 2011: 9, 2011). Tvangslovutvalget begrunner dette også i at bortfall av kompetanse er situasjonsbetinget snarere enn knyttet til en underliggende sykdom eller diagnose. I tillegg mener Tvangslovutvalget at begrepene i det eksisterende sykdomsvilkåret er uklare (NOU 2019: 14, 2019). Utvalget er her på linje med Paulsrud- og Tvangslovutvalget, og foreslår å oppheve sykdomsvilkåret i pbrl. § 4-3 andre ledd (se punkt 13.2.6).

### 4.3.4 Årsakssammenheng

Etter pbrl. § 4-3 andre ledd må sykdommen være årsak til at pasienten ikke forstår hva samtykket omfatter. Kravet til årsakssammenheng danner forbindelsen mellom sykdomsvilkåret og forståelseskravet. Årsaken til at pasienten mangler beslutningskompetanse må ikke nødvendigvis må være den samme som den tilstanden man behandler (Jorem, 2019). Eksempelvis kan en psykosetilstand være årsak til at en person kan fratas retten til å nekte en nødvendig operasjon av et lårhalsbrudd. Kravet til årsakssammenheng kan lett misforstås på grunn av skillet mellom somatiske og psykiske lidelser som helselovgivningen bygger på. Når utvalget foreslår å oppheve sykdomsvilkåret, innebærer det at kravet til årsakssammenheng også foreslås opphevet.

## 4.4 Konsekvensenes betydning for forståelseskravet

Dynamikken i det materielle forståelseskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd står sentralt i kompetansevurderinger. Denne dynamikken knytter seg til konsekvensene av pasientens valg. Tvangslovutvalget tar opp spørsmålet og legger til grunn at konsekvensene har betydning for vurderingen av det materielle forståelseskravet (NOU 2019: 14 punkt 21.3.5 flg.. Østenstad utdyper konsekvensenes betydning for kompetansevurderinger i sin artikkel «Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse» fra 2021. Deretter presiserer Helsedirektoratet betydningen av alvorlige konsekvenser i rundskrivet til psykisk helsevernloven i 2022. I likhet med Tvangslovutvalget, Østenstads artikkel og Helsedirektoratet, mener utvalget at denne dynamikken forutsetter at man tar hensyn til at kompetansevurderingene er ulike for samtykke og nektelse til helsehjelp: Mens alvorsgrad av inngrepet står sentralt for samtykke, er konsekvensene av personens valg avgjørende ved behandlingsnektelse (NOU 2019: 14, 2019; Østenstad, 2021). Det skal lite til for å kunne beslutte at man skal ta imot lite inngripende helsehjelp. Motsvarende vil kravet til forståelse bli skjerpet dersom personens behandlingsnektelse har store konsekvenser for vedkommende selv eller andre. Konsekvensene av behandlingsnektelse vil spille inn i tolkningen av hva som ligger i at personen «ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». Ved behandlingsnektelse blir forståelseskravet skjerpet jo mer alvorlig de negative konsekvensene er. Forståelseskravet blir derimot lavere jo mer bagatellmessig konsekvensene er. Dynamikken i forståelseskravet henger dermed sammen med å finne gode løsninger i avveiningen mellom pasientens selvbestemmelse og behovet for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Når et samtykke eller en behandlingsnektelse kan få alvorlige negative konsekvenser, vil det være avgjørende å ta stilling til hvordan sykdommen påvirker pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av sin egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. Pasienten vil sannsynligvis ikke være kompetent dersom vedkommende mangler forståelse av sykdomstilstanden som sådan og følgene av å motsette seg behandlingen. En behandlingsnektelse kan også få alvorlige konsekvenser for andre. Fare for andre som følge av behandlingsnektelsen kan dermed være relevant, også om unntaket om fare for andres liv eller helse ikke er oppfylt, for eksempel ved alvorlige konsekvenser for familiens økonomi eller sosiale relasjoner. På samme måte som ved alvorlige konsekvenser, vil kravet til forståelse også skjerpes i slike tilfeller. Det er dermed en del av kompetansevurderingen at pasientens valg for eksempel kan føre til alvorlige negative konsekvenser for egne barn, uavhengig av om valget medfører negative helsemessige konsekvenser for pasienten eller ikke.

Et annet eksempel på alvorlige konsekvenser kan være en person med bipolar lidelse som har en historikk med seksualiserende atferd, ukritisk pengebruk og blamering på sosiale medier i maniske faser. Alvorlige konsekvenser av behandlingsnektelse kan også være å miste omsorg

for egne barn som følge av en alvorlig psykisk lidelse. Slike alvorlige sosiale konsekvenser av personens tilstand vil stille strengere krav til personens forståelse av sitt behandlingsvalg. På den annen side skal det en del til for at brudd i relasjoner som følge av behandlingsnektelse skal utgjøre en alvorlig sosioøkonomisk konsekvens. Hele personens konsekvenstenkning skal dermed inngå i en kompetansevurdering, inkludert sosiale konsekvenser og farlige forhold. Andre konsekvenser av personens behandlingsvalg enn de som knytter seg direkte til sykdommen og behandlingen av den, er altså ikke utenforliggende, men skal tas med i kompetansevurderingen. Utvalget mener at disse presiseringene gir klinikere større mulighet for å tilpasse kompetansevurderingen til helheten og alvoret i den konkrete situasjonen.

Vurderingen av konsekvensene av behandlingsnektelsen må basere seg på blant annet pasientens tidligere sykehistorie og nåværende tilstand. Det er først når den vedtaksansvarlige har utredet hvordan pasienten tenker om sin situasjon, sitt behandlingsbehov og hva som vil skje om vedkommende «ikke mottar behandling at, at den vedtaksansvarlige kan vurdere pasientens forståelse for sitt hjelpebehov. Deretter kan klinikeren vurdere om pasientens forståelse er så begrenset at vedkommende oppfyller de juridiske vilkårene for bortfall av beslutningskompetanse. Det kan være store forskjeller i konsekvensene av å nekte det samme behandlingstilbudet for ulike pasienter. Eksempelvis er det stor variasjon i symptomutfordringen hos personer med schizofrenilidelse. Ulik symptomutforming hos to pasienter med schizofrenilidelse vil få betydning for konsekvensene av å nekte det samme behandlingstilbudet, for eksempel bruk av det samme antipsykotiske legemiddelet. Samtidig er utvalget innforstått med at pasienten kan ha en annen oppfatning om helsehjelpen enn helsepersonell, blant annet ved bruk av antipsykotiske legemidler som kan gi uønskede bivirkninger. I kompetansevurderingen er det vesentlige å få frem pasientens begrunnelser for sine valg og så vurdere disse. Eksempelet ved siden av med den 36 år gamle mannen illustrerer konsekvensenes betydning for forståelseskravet ved behandlingsnektelse.

> En 36 år gammel mann med flere tidligere psykotiske episoder har vært stabilisert på et antipsykotisk legemiddel over flere år. Den vedtaksansvarlige har kjent pasienten gjennom flere år og vurderer at han har god effekt av legemiddelet. Pasienten har nå sluttet med legemiddelet på eget initiativ og viser til litteratur som sier at de tidligere psykotiske episodene skyldtes kosmisk stråling. Han sover dårlig, spiser lite og er urolig i kroppen. Pasienten forstår at den vedtaksansvarlige er uenig i hans vurdering av situasjonen. Han innser at han nå er dårlig, men mener god behandling vil være å pakke hodet inn i aluminiumsfolie som skjermer mot den kosmiske strålingen. Han er enig i at tilstanden plager ham, men tviler på at innleggelse og medisiner er den rette behandling og motsetter seg dette. Den vedtaksansvarlige vurderer av behandling i psykisk helsevern er nødvendig for at pasienten igjen skal fungere bedre. Pasientens tidligere psykotiske episoder har vist seg å ikke gå over av seg selv, og den langsiktige prognosen blir dårligere jo lenger psykosen er ubehandlet. Pasienten skremmer nabolaget, sender truende meldinger til sin enslige mor som er eneste pårørende og risikerer å bli sagt opp fra leiligheten sin i sin nåværende psykotiske tilstand. Når den vedtaksansvarlige prøver å påpeke disse konsekvensene for pasienten, sier pasienten at han ikke tror det stemmer. I samtale med pasienten vurderer den vedtaksansvarlige at pasienten mangler beslutningskompetanse.

I rundskrivet til psykisk helsevernloven, illustrerer Helsedirektoratet forholdet mellom forståelseskravet og behandlingsnektelse med et praktisk eksempel. Ifølge Helsedirektoratet skjerpes kravet til informasjonen helsepersonell gir om mulige alvorlige følger av psykotisk motivert utagering dersom en person med tilbakevendende stort lidelsestrykk med utagerende, truende og/eller voldelig opptreden i

psykotisk tilstand motsetter seg nødvendig behandling. Helsedirektoratet mener at det samtidig vil stilles større krav til personens forståelse av konsekvensene av behandlingsnektelse i en slik situasjon. Det vil her være av spesiell betydning for kompetansevurderingen hvordan personen forholder seg til sin utagerings- og voldshistorikk, og hvordan nye psykotiske gjennombrudd kan unngås (Helsedirektoratet, 2017c).

Utvalget vil påpeke at forståelse i denne sammenheng viser til forståelseskravet, som omfatter alle elementene i FARV. Eksempelvis kan en mangelfull forståelse av de negative konsekvensene handle mer om mangelfull anerkjennelse og/eller resonnering (A og R i FARV) enn forståelse i snever forstand (F i FARV). Utvalget vil påpeke at dersom pasientens mangler kompetanse i Helsedirektoratets praktiske eksempel, vil det få betydning for nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning uavhengig av om farevilkåret er oppfylt. Pårørende rolle når pasienten mangler kompetanse er nærmere omtalt i punkt 10.4.

Utvalget mener at personens beskrevne tilstand i Helsedirektoratets praktiske eksempel synes å oppfylle farevilkåret («fare for andres liv eller helse»), som gjør unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Etter utvalgets syn vil alvorlige konsekvenser også kunne omfatte tilstander hvor farevilkåret ikke er oppfylt, men hvor personen benekter eller bagatelliserer alvorlige, negative konsekvenser for seg selv eller andre. Hvis personen har en mangelfull forståelse av alvorlige, negative konsekvenser av sitt behandlingsvalg, skal det mindre til for at forståelseskravet ikke er oppfylt. Slik utvalget vurderer lovbestemmelsen og høyesterettspraksis, kan personen da mangle beslutningskompetanse på grunn av manglende forståelse av konsekvensene av behandlingsnektelsen.

Utvalget vil fremheve at det finnes ulike måter å begrunne at det stilles høyere krav til pasientens beslutningskompetanse når valget har store konsekvenser. En mulig begrunnelse kan være at pasienten ikke forstår eller bagatelliserer alvorlige negative konsekvenser som tilsier en mer alvorlig brist i forståelsen enn om det samme skjer ved bagatellmessige konsekvenser. Det vil her trolig stilles større krav dersom pasienten skal kunne resonnere seg bort fra bristen i egen forståelse. Det skal altså mer til for å begrunne et slikt nei på en meningsfull måte i tråd med pasientens verdier og ønsker. En alvorlig brist i pasientens forståelse kan derfor medføre at forståelseskravet ikke er oppfylt.

Det har vært en rekke eksempler i mediene på personer som er vurdert beslutningskompetente som forkommer i eget hjem. I flere av disse tilfellene blir det stilt spørsmål om helsetjenestens vurdering av beslutningskompetanse. Utgangspunktet er at en beslutningskompetent person kan ta valg som ikke samsvarer med helsepersonellets anbefalinger. Fra personens ståsted kan valget om å forkomme ses på som et verdivalg eller et valg om at vedkommende ikke ønsker å delta i et behandlingsforløp. Det kan også bero på en manglende forståelse av hva som er i ferd med å skje og hva som da kan hjelpe. I slike situasjoner mener utvalget det er særlig viktig å undersøke om pasienten faktisk forstår konsekvensene av sine valg og om dette er i samsvar med det pasienten faktisk ønsker, som det kan være aktuelt å innhente komparentopplysninger for å få klarhet i.

Slik utvalget ser det, ligger denne dynamikken allerede i rettskildebildet om vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Ut fra rettspraksis er konsekvensene av personens valg om helsehjelp avgjørende ved kompetansevurderinger (se omtale i punkt 4.3.1 ovenfor). I sitt vedlegg til NOU 2011: 9 (Paulsrud-utvalget), skriver Pedersen at:

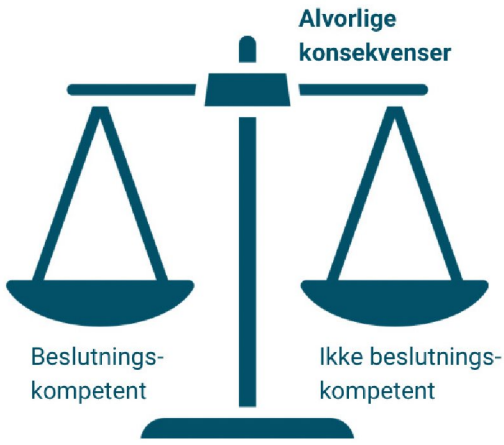
> Det synes å være enighet om at det må være en viss fleksibilitet i spørsmålet om hvor man skal sette grensen for hvem som er eller ikke er beslutningskompetent, og at hvor

> man setter grenser bør avhenge av hva slags beslutning som skal tas og hva som står på spill. For eksempel vil det kunne være rimelig å stille høyere krav til beslutningskompetanse for å samtykke til en behandling som innebærer stor risiko i forhold til nytte. Dette kan også ses på som en måte å tillate helsepersonell og domstoler å ikke bare vektlegge pasientens beslutningsevne, men også eventuell risiko forbundet ved å la pasienten ta beslutningen selv (NOU 2011: 9, 2011).

Utvalget støtter disse betraktningene, og mener denne forståelsen av beslutningskompetanse også er i tråd med gjeldende rett. Det følger av Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven at både kravet til informasjon og til forståelse skjerpes når nektelse av behandling kan få alvorlige konsekvenser (Helsedirektoratet, 2017c). Denne presiseringen ble først tatt inn i rundskrivet våren 2022. Utvalget erfarer samtidig at denne viktige presiseringen i rundskrivet fremdeles er lite kjent i kliniske miljøer.

### 4.4.1 Teoretisk beskrivelse av konsekvensenes betydning for kompetansevurderinger

Grisso og Appelbaum mener at kompetansevurderinger bør ta hensyn til konsekvensene av pasientens behandlingsvalg (Grisso et al., 1998). Avveiningen mellom selvbestemmelse og beskyttelse ligger i kjernen av kompetansevurderingen, som kan illustreres med en vektskål (se figur 4.1).




Figur 4.1: Vektskål som illustrerer konsekvensene betydning for kompetansevurderingen

Vektskålen gjenspeiler den beskrevne dynamikken i forståelseskravet. I skålen til venstre i figuren vil pasientens evne til å ta egne beslutninger kunne vippe vekten i retning av selvbestemmelse. De fire elementene i FARV danner grunnlag for å vurdere pasientens beslutningskompetanse, som veies i den venstre skålen. Ønskene til en beslutningskompetent pasient vil altså få større vekt enn ønskene til en pasient som ikke er kompetent for en konkret beslutning.

Skålen til høyre vil få økende vekt jo mer som står på spill, som kan tale for å beskytte pasienten. Beskyttelse innebærer her å gi behandling. Konsekvensene av å respektere pasientens behandlingsvalg er avgjørende for vekten i den høyre skålen, hvor blant annet nytte av behandlingen vil spille inn. Dersom pasienten for eksempel ønsker livreddende antibiotika, som har stor nytte og få ulemper, vil skålen til høyre få mindre vekt. Sier pasienten derimot nei til samme antibiotika, vil vekten til høyre skål øke fordi valget innebærer større risiko for alvorlige negative konsekvenser. Dette taler isolert sett for å behandle pasienten, men det vesentlige er da at kravene til pasientens beslutningskompetanse vil øke i venstre skål. Dersom en akutt psykotisk pasient uten beslutningskompetanse motsetter seg oppstart av antipsykotiske legemidler som vedkommende har hatt god effekt og lite bivirkninger av i forbindelse med tidligere psykotiske episoder, vil den samlede nytten av behandlingen være stor. Dersom pasientens motstand skyldes bivirkninger ved tidligere bruk av antipsykotiske legemidler, vil den samlede nytten av behandlingen reduseres. Behandlingsnektelse i denne situasjonen taler likevel for at vekten til den høyre skålen vil øke. Ifølge Grisso og Appelbaum vil konsekvensene av pasientens valg dermed ha betydning i avveiningen mellom personens selvbestemmelse og behov for beskyttelse (Grisso et al., 1998).

Hvorvidt kompetansevurderinger skal påvirkes av konsekvenser, har vært en pågående internasjonal debatt siden 1980-tallet ifølge en systematisk oversikt fra 2022 av Berens og Kim (Berens et al., 2022). De påpeker at ulik forståelse og tilnærming til sentrale begreper er en kime til konflikt. Forkjempere for at kompetansevurderingen skal påvirkes av konsekvenser trekker veksler på det intuitive ved argumentet og dets praktiske betydning. En annen artikkel finner at en slik tilnærming til kompetansevurderinger i stor utstrekning blir akseptert og benyttet blant klinikere (Kim et al., 2006). Kritikere mener derimot at en slik tilnærming fremmer paternalisme og ulikheten mellom samtykke og nektelse. I klinisk praksis kan det være uklart hvordan et slikt skjerpet krav til forståelse skal praktiseres (Berens et al., 2022). I en norsk sammenheng kan det være uklart hvordan et skjerpet forståelseskrav forholder seg til beviskravet «åpenbart». Utvalget ser også utfordringene med hvordan vurderingen av et skjerpet forståelseskrav skal gjøres i praksis. Skillet mellom et materielt forståelseskrav og et beviskrav kan også virke fremmed for klinikere som gjennomfører brorparten av kompetansevurderinger.

Etikerne Beauchamp og Childress er på sin side kritiske til å tilnærme seg beslutningskompetanse som en glidende skala. Selv om en slik tilnærming kan være en nyttig sikkerhetsventil, vil det ifølge Beauchamp og Childress kunne føre til en sammenblanding mellom kompetansevurderinger og vilkåret om beslutningskompetanse. De mener det er misvisende å blande kompleksiteten i en beslutning og konsekvensene som er forbundet med den, og setter spørsmålstegn ved om det krever mer av en person å ta en risikabel beslutning (Beauchamp et al., 2019).

Utvalget anerkjenner at det er innvendinger mot å vektlegge konsekvenser i forbindelse med kompetansevurderinger. Likevel mener utvalget at det skal mer til for å begrunne et mer risikofylt valg enn et valg med bagatellmessige konsekvenser. Utvalget mener at det samme prinsippet bør gjelde ved samtykke til risikofylte inngrep med tvilsom nytte. Samtidig mener utvalget at alvorlige negative konsekvenser av pasientens valg forutsetter en grundigere kompetansevurdering.

## 4.5 Verktøy for å vurdere beslutningskompetanse

Verktøy for vurdering av beslutningskompetanse baserer seg oftest på vurderinger av fire elementer som kan sammenfattes i akronymet FARV:

| De fire elementene i FARV | |
|---|---|
| F | Pasientens evne til å **F**orstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp |
| A | **A**nerkjenne informasjon i sin egen situasjon, spesielt med tanke på egen lidelse og mulige konsekvenser av ulike behandlingsalternativer |
| R | **R**esonnere med relevant informasjon i en avveining av ulike behandlingsalternativer |
| V | Uttrykke et **V**alg |

Tabell 4.1: De fire elementene i FARV som verktøy for kompetansevurderinger oftest baserer seg på.

For å slå fast at beslutningskompetansen er i behold hos pasienten, er det en forutsetning at alle disse fire elementene er til stede, og motsatt – dersom ett av disse elementene ikke er til stede er beslutningskompetansen bortfalt.

Grisso og Appelbaum utmeislet disse fire elementene (eller funksjonelle evnene) i vurdering av beslutningskompetanse på 1990-tallet. De fire elementene baserte seg på analyser av amerikansk rettspraksis om kompetansevurderinger (Appelbaum et al., 1995; Grisso et al., 1998). De fire elementene har senere spilt en sentral rolle i vurdering av beslutningskompetanse internasjonalt (Hermann et al., 2016; Kim et al., 2021), og har vært sentrale punkter i vurderingene i Norge de siste årene (Helsedirektoratet, 2017c; Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Denne måten å vurdere beslutningskompetanse på har imidlertid også vært gjenstand for betydelig kritikk. Den faglige debatten om innholdet i og vurdering av beslutningskompetanse har pågått i årtier internasjonalt og har ført til en mer nyansert forståelse av hvordan begrepet kan forstås og vurderes ved psykiske lidelser (Hermann et al., 2016; Kim et al., 2021).

Som nevnt over er det belegg for at ustrukturerte vurderinger av beslutningskompetanse gir dårlig reliabilitet (Marson et al., 1997). Det er derfor utviklet en rekke verktøy for å vurdere kompetanse i klinisk praksis. Alle verktøyene baserer seg på strukturerte eller semistrukturerte intervjuer av ulik varighet (NOU 2011: 9, 2011). Aid To Capacity Evaluation (ACE) er det verktøyet som har vært mest bruk for å vurdere beslutningskompetanse blant somatiske pasienter (Etchells et al., 2011; Sessums et al., 2011). MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) er det verktøyet som har vært mest utprøvd blant personer med psykiske lidelser (Lamont et al., 2013). Både ACE og MacCAT-T har høy reliabilitet og validitet. Reliabilitet knytter seg til grad av samsvar i vurderinger ved bruk av verktøyene (NOU 2011: 9, 2011, s. 356) og validitet måler gyldighet av de vurderingene som gjøres opp mot den beste standard eller forståelse av beslutningskompetanse.

Verken ACE eller MacCAT-T munner ut i en poengsum hvor det er satt en tallmessig grense for manglende beslutningskompetanse. Gjennom bruk av for eksempel MacCAT-T struktureres imidlertid samtalen med pasienten, og det skal resultere i en systematisert og begrunnet vurdering av pasientens beslutningskompetanse. Et slikt verktøy gir dermed en struktur til den skjønnsmessige vurderingen som den vedtaksansvarlige uansett må gjøre (NOU 2011: 9, 2011). Mens ACE finnes i en norsk versjon, er ikke MacCAT-T eller andre verktøy for kompetansevurdering i psykisk helsevern oversatt for klinisk bruk i Norge (Etchells et al., 2011). Utvalget bemerker at FARV kun er et beskrivende akronym (huskeliste) for den sentrale elementene, og ikke et verktøy for kompetansevurdering. Utvalget setter spørsmålstegn ved at man ikke har kunnskap om reliabiliteten ved bruk av FARV. Etter utvalgets vurdering er det lite trolig at FARV gir tilstrekkelig reliabilitet, selv om den kanskje blir økt sammenliknet med bruk av kun klinisk skjønn. Utvalget mener at det må undersøkes for at pasienter og klinikere skal ha tilfredsstillende rettssikkerhet i forbindelse med en så sentral vurdering for tvangsbruk som manglende beslutningskompetanse er.

En viktig del av kompetansevurderingen er som nevnt å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og tilrettelegge for at pasienten kan forstå hva samtykket omfatter. Ved bruk av verktøy for å vurdere beslutningskompetanse gir den vedtaksansvarlige pasienten informasjon om sin faglige vurdering av tilstanden, herunder diagnose, prognose og behandlingsalternativer, og det vurderes hvordan pasienten forholder seg til denne informasjonen. En kompetansevurdering skal alltid omfatte en toveis kommunikasjon mellom vedtaksansvarlig

helsepersonell og pasient, og litteraturen vektlegger at pasienten skal være kjent med at kompetansen blir vurdert (NOU 2011: 9, 2011).

## 4.6 Beskrivelse av FARV

### 4.6.1 Hva er FARV?

FARV sammenfatter de fire elementene som inngår i verktøy for å vurdere beslutningskompetanse (se omtale i punkt 4.5 ovenfor). Det følger av pbrl. § 4-3 andre ledd at manglende samtykkekompetanse forutsetter en vurdering av at pasienten «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». Dette forståelseskravet er det sentrale i kompetansevurderingen. For at pasienten skal kunne ta et informert valg om behandling må vedkommende være i stand til å forstå den informasjonen som blir gitt og hvilke konsekvenser det kan få å si ja eller nei til behandling, eller å velge mellom ulike behandlingsalternativer. Det nevnte akronymet FARV (forstå, anerkjenne, resonnere og valg) har blitt lagt til grunn for vurdering av samtykkekompetanse i både forarbeidene til endringene i psykisk helsevernloven i 2017 (Prop. 147 L (2015–2016) punkt 6.2.1.2) og rettspraksis (HR-2018-2204-A avsnitt 45 og HR-2021-1263-A avsnitt 41). I rundskrivet til både pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven viser Helsedirektoratet til de fire elementene i FARV (Helsedirektoratet, 2015, 2017c). FARV gir kun anvisning på elementer som inngår i vurderingen. Overgangen fra de generelle elementer i FARV til den konkrete vurderingen kan by på utfordringer (se omtale i punkt 12.11).

Det fremgår av innspill til utvalget at FARV benyttes i stor utstrekning for å vurdere forståelseskravet i kompetansevurderingen blant klinikere og tilsynsorganer i Norge. Det er derfor nødvendig å utdype hva som ligger i disse begrepene. Utvalget ønsker å påpeke at det ikke er tilstrekkelig å krysse av på et skjema at de ulike elementene i FARV er vurdert og hvilke som er funnet å være til stede. Bruk av FARV forutsetter at elementene inngår en grundig klinisk vurdering.

### 4.6.2 Evnen til å forstå

Pasienten skal for det første «forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp» (Helsedirektoratet, 2017c). Det følger av rundskrivet til psykisk helsevernloven at det er tilstrekkelig med en såkalt alminnelig forståelse, det vil si at det ikke kan stilles spesielle krav til forståelsen. Pasienten kan være samtykkekompetent selv om vedkommende ikke forstår medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. For å vurderes som kompetent kan det være tilstrekkelig at pasienten forstår de viktigste konsekvensene av å gi helsehjelpen. På samme måte trenger ikke pasienten fullt ut forstå alle konsekvenser av å nekte behandling (Helsedirektoratet, 2017c). Å vurdere evnen til å forstå forutsetter dermed at helsepersonell gir pasienten tilpasset informasjon om sykdommen, behandlingsalternativer og fordeler og ulemper med de ulike alternativene. Det er først etter at denne informasjonen er gitt, at helsepersonell kan ta stilling til pasientens evne til å forstå. Dersom personens psykiske lidelse eller mentale tilstand forringer evnen til å oppfatte informasjonen i betydelig grad, kan personen mangle evnen til å forstå (Grisso et al., 1998). Grisso og Appelbaum påpeker at evnen til å forstå er nært knyttet til kognitiv funksjon, som ofte vil være nedsatt i en psykotisk tilstand.

### 4.6.3 Evnen til å anerkjenne

Vurderingen av pasientens evne til «anerkjennelse eller anvendelse av informasjonen i egen situasjon» er rettet mot pasientens vurdering av egen situasjon og erkjennelse av at informasjonen, for eksempel om eget hjelpebehov, angår pasienten selv. Etter rundskrivet til psykisk helsevernloven er det i denne sammenheng viktig at informasjonen som gis er knyttet til pasientens egen situasjon og at pasienten klarer å knytte denne informasjonen til egen situasjon. Dersom det å ikke gi behandling sannsynligvis har alvorlige negative konsekvenser for pasienten eller andre rundt pasienten, og pasienten ikke anerkjenner dette, vil man ofte kunne konkludere med at pasienten ikke anerkjenner relevant informasjon og vurderes som ikke beslutningskompetent (Helsedirektoratet, 2017c).

Ifølge Grisso og Appelbaum omfatter anerkjennelse både at pasienten anerkjenner å lide av sykdommen vedkommende har blitt diagnostisert med, konsekvensene av sykdommen og behandlingsalternativene i egen situasjon (Grisso et al., 1998). Grisso og Appelbaum er likevel tydelig på at det ikke er tilstrekkelig at pasienten er uenig med helsepersonellets vurdering av situasjonen for å mangle beslutningskompetanse. De stiller flere krav for at manglende anerkjennelse av diagnose og anbefalt behandling skal medføre manglende anerkjennelse. Pasientens valg må basere seg på et grunnlag som er betydelig irrasjonelt, urealistisk eller realitetsbristende. Det er altså ikke selve valget eller den konklusjonen som pasienten trekker som her er avgjørende, men grunnlaget pasienten baserer sin beslutning på. Videre knytter anerkjennelse seg kun til beslutningsprosessen om helsehjelp (Grisso et al., 1998). Manglende anerkjennelse av informasjonen i egen situasjon kan være basert på vrangforestillinger. Eksempelvis kan grandiose eller megalomane vrangforestillinger stå i veien for både sykdomsinnsikt og anerkjennelse av informasjon om eget hjelpebehov. Tilsvarende kan det være vanskelig for en person som opplever å være hellig eller udødelig å anerkjenne informasjon fra en behandler om at vedkommende er syk og trenger behandling. Anerkjennelse er her nært knyttet til sykdomsinnsikt, som kan spiller en viktig rolle i vurderingen av beslutningskompetanse. Utvalget ser nærmere på forholdet mellom beslutningskompetanse og sykdomsinnsikt i punkt 12.4.

> En 29 år gammel kvinne har de siste ti årene utviklet forestillinger om at alle snakker om henne, at de forteller personlige ting om henne, at man i butikkene har sikkerhetskamera som ser henne slik at hun fremstår naken på film. I fortvilelse isolerer hun seg i en liten leilighet i måneder av gangen. Moren leverer mat på døren, men får ikke komme inn, fordi moren også da vil snakke stygt om henne. I fortvilelse setter hun fyr på gardinene, og brannvesenet henter henne ut. Legevaktslegen som undersøker henne, vurderer at hun har psykotiske symptomer og at det hun opplever ikke er reelt. Legen forklarer at innleggelse er nødvendig for å vurdere hvordan hun kan og bør få hjelp videre. Hun sier at legen tar feil, og at hun ikke har behov for behandling. Kvinnen vil ikke si noe om hvorfor hun tente på gardinene og kan heller ikke gi noen grunner for hvorfor hun mener det ikke vil skje igjen. Likevel fastholder hun at hun ikke kommer til å tenne på gardinene igjen, og ønsker å dra tilbake til leiligheten sin. Til slutt sier hun at de får være enige om å være uenige. Samtalen er emosjonelt avslappet og hun ordlegger seg grammatisk riktig. Legen mener at hun ikke anerkjenner informasjonen hun får om sin psykotiske tilstand og alvoret i situasjonen hun befant seg i egen leilighet. Legen vurderer pasienten å mangle beslutningskompetanse.

Et annet eksempel kan være en pasient med vrangforestillinger om forgiftning ved inntak av antipsykotiske legemidler. Disse vrangforestillingene kan i stor grad prege livet til pasienten. I samtale kan pasienten likevel fremstå med adekvat kognitiv funksjon med mindre behandler går nærmere inn på detaljene i vrangforestillingene. I dette eksempelet påvirker vrangforestillingene pasientens atferd på en slik måte at han ikke anerkjenner informasjon om at legemidlene er nyttige, som kan gjøre at vedkommende heller ikke kan resonnere rundt ulike behandlingsalternativer. Etter utvalgets syn avhenger kompetansevurderinger ofte av grundige kliniske vurderinger for å få frem viktige detaljer i pasientens symptombilde.

### 4.6.4 Evnen til å resonnere

Ifølge Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven dreier evnen til «å resonnere med relevant informasjon» seg om vurdering av fordeler og ulemper knyttet til ulike handlingsalternativer. Denne evnen er særlig viktig for å kunne treffe et informert valg om å motta helsehjelp eller ikke, hvor disse alternativene innebærer fordeler og ulemper som må holdes opp mot hverandre. Avveininger av slike alternativer vil avhenge av en rekke verdier og prioriteringer hos pasienten. Pasientens verdier og beslutninger kan stride mot helsepersonellets oppfatning av hva som er «til det beste for pasienten» (Helsedirektoratet, 2017c).

Evnen til å resonnere er dermed nært knyttet til konsekvensene av handlingsalternativene pasienten har (Grisso et al., 1998). Grisso og Appelbaum fremhever at evnen til å resonnere innebærer rasjonell bearbeidelse av informasjon som munner ut i et valg. Denne beslutningsprosessen har flere sider ifølge Grisso og Appelbaum. Pasienten må for det første fokusere på å ta en beslutning knyttet til den konkrete situasjonen vedkommende står i. For det andre må ulike handlingsalternativer veies opp mot hverandre som del av denne logiske prosessen. For det tredje må pasienten vurdere konsekvensene av disse handlingsalternativene både for egen helse og øvrige deler av eget liv, og for andre som kan bli berørt av valget. I tillegg må pasienten ta stilling til sannsynligheten for at disse konsekvensene faktisk inntreffer og hvor ønskelig disse potensielle konsekvensene er ut fra egne verdier. I noen tilfeller kan sterke emosjonelle reaksjoner påvirke pasientens evne til å resonnere slik at vedkommende mangler beslutningskompetanse for behandlingsvalget, særlig når konsekvensene av behandlingsvalget er store (Grisso et al., 1998). Konsekvensenes betydning for evnen til å resonnere harmonerer med norsk rettspraksis knyttet til forståelseskravet som omtalt i punkt 4.3.1. Pasienten kan også trekke inn begrunnelser for sitt valg som viser manglende anerkjennelse av viktig informasjon, overdreven tro på forestillinger som er knyttet til sykdommen, eller at det ikke er sammenheng mellom premisser og konklusjon i pasientens resonnement.

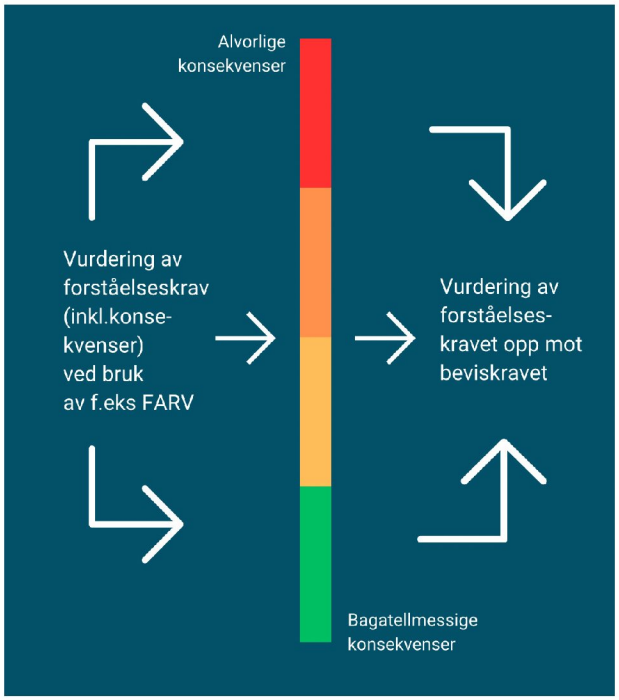
Bruk av FARV til kompetansevurderinger har vært kritisert for å tillegge kognitiv funksjon for stor («cognitive bias») og følelser og verdier for liten vekt i pasientens beslutningsprosess. Eksempelvis kan en pasient med alvorlig spiseforstyrrelse fremstå kognitivt velfungerende, mens valget om ikke å spise reelt sett er drevet av følelser og verdier som er knyttet til den underliggende sykdommen. Samtidig påpeker at Grisso og Appelbaum at den manglende evnen til å resonnere må være knyttet til pasientens tilstand (Grisso et al., 1998). Kritikken retter seg altså mot at elementene i FARV tester pasientens kognisjon, men i liten grad fanger opp viktige sider av beslutningsprosessen frem mot et behandlingsvalg. Utvalget ser nærmere på kritikken av FARV som for kognitivt rettet i punkt 12.11.2.

### 4.6.5 Evnen til å uttrykke valg

Evnen til å «uttrykke et valg» er som regel det enkleste elementet i FARV å vurdere. At en pasient ikke kan snakke, er ikke ensbetydende med at vedkommende ikke kan kommunisere en avgjørelse. Noen kan gi uttrykk for et valg på ikke-verbal måte, ved skrift, eller respons med hender eller øyne. På den annen side kan ikke en pasient vurderes samtykkekompetent bare fordi vedkommende klarer å si «ja» eller «nei». Det må også vurderes om pasienten klarer å foretrekke ett av flere alternativer, på bakgrunn av tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at dette utgjør et kvalifisert valg (Helsedirektoratet, 2017c). Ifølge Grisso og Appelbaum kan det å uttrykke et valg knyttes til evnen til å bestemme seg (Grisso et al., 1998). Betydelig ambivalens knyttet et behandlingsvalg kan dermed også medføre manglende evne til å uttrykke et valg. Et for strengt krav til konsistens kan frata pasienten retten til å ombestemme seg. Samtidig kan stor ambivalens eller mangelfull evne til å følge opp valget som tas, tyde på manglende evne til å ta et valg. Dette gjelder særlig dersom pasienten ved flere liknende sykdomsforløp ikke kan gi en god begrunnelse for hva som eventuelt er annerledes denne gangen.

## 4.7 Gangen i en kompetansevurdering

Etter utvalgets syn må man først ta stilling til om det materielle forståelseskravet («ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter») er oppfylt. Som del av denne vurderingen må man vurdere konsekvensene av pasientens valg. Av pedagogiske hensyn kan gangen i en kompetansevurdering fremstilles visuelt eller skjematisk, for eksempel som i følgende figur 4.2. Utvalget er innforstått med at skjønnsmessige vurderinger er sammensatte, og at den reelle beslutningsprosessen vanskelig lar seg forenkle til noen fastsatte steg. Utvalget mener konsekvensenes betydning for forståelseskravet må anses som et kontinuum, fremstilt fra rødt til grønt i figuren. Dersom behandlingsnektelsen kan få alvorlige negative konsekvenser for personens selv eller andre (rødt i figuren), tilsier dette at forståelseskravet blir skjerpet. Motsvarende vil forståelseskravet bli lavere dersom konsekvensene er bagatellmessige (grønt i figuren. Konsekvensene av pasientens valg kan også befinne seg mellom disse ytterpunktene (oransje og gult i figuren). Først når forståelseskravet er vurdert, kan man ta stilling til beviskravet.




Figur 4.2: Skjematisk fremstilling av gangen i en kompetansevurdering med vurderingen av forståelseskravet og beviskravet.

Utvalget mener at kompetansevurderinger som tar hensyn til konsekvenser forutsetter at man allerede har vurdert blant annet voldsrisiko og selvmordsfare. Etter utvalget syn kan det derfor være hensiktsmessig å gjøre kompetansevurderinger mot slutten av en helhetlig klinisk vurdering av pasienten. Dermed unngår man å måtte gjøre en ny kompetansevurdering i etterkant av at det er tatt stilling til blant annet en voldsrisiko. Det kan likevel være situasjoner hvor man kan og bør vurdere pasientens kompetanse tidligere i samtalen, for eksempel der utfallet av vurderingen er åpenbart eller for å vurdere

hvordan nærmeste pårørende bør involveres. På denne bakgrunnen mener utvalget at det vil bero på en konkret vurdering om vedtaksansvarlig velger å vurdere farevilkåret eller beslutningskompetanse først i forbindelse med vedtak om tvungent vern eller behandling uten eget samtykke (se omtale av farevilkåret i punkt 11.4.2.

## 4.8 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer at det særegent strenge beviskravet «åpenbart» for at forståelseskravet er oppfylt, er lite egnet for at pasienter skal kunne nekte faglig forsvarlig og nødvendig helsehjelp, som dominerer tvangssituasjoner i psykisk helsevern. Etter utvalgets syn, gir beviskravet «overveiende sannsynlig» (mer 50 prosent sannsynlig) en bedre balanse for å ivareta både pasientens selvbestemmelse og rett til nødvendig helsehjelp.

Utvalgets gjennomgang av høyesterettspraksis om vilkåret om manglende samtykkekompetanse (pbrl. § 4-3 andre ledd) viser at innsikt i egen situasjon, sykdom og konsekvenser av et behandlingsvalg og om personen handler i tråd med denne innsikten, er viktige momenter i en kompetansevurdering. Ut fra rettspraksis får konsekvenser av pasientens valg særlig betydning for forståelseskravet («ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»). Dersom pasientens valg kan få alvorlige negative konsekvenser for vedkommende selv eller andre, tilsier det at forståelseskravet blir skjerpet jo mer alvorlig de er. Utvalget vil bemerke at det at en person med alvorlig psykisk lidelse som benekter eller bagatelliserer en alvorlig voldshistorikk, kan få betydning for forståelseskravet. Motsvarende vil forståelseskravet bli lavere jo mer bagatellmessige konsekvensene er. da manglende behandling kan få alvorlige negative konsekvenser for andre. Denne dynamikken i forståelseskravet henger sammen med å finne gode løsninger i avveiningen mellom pasientens selvbestemmelse og behovet for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Utvalget mener at denne dynamikken er en sentral og underkommunisert del av kompetansevurderinger i Norge. Det er først når klinikeren har utredet hvordan pasienten tenker om sin situasjon, sitt behandlingsbehov og hva som vil skje om vedkommende mottar eller ikke mottar helhjelp at man kan vurdere pasientens forståelse. Deretter kan klinikeren vurdere om pasientens forståelse er så begrenset at vedkommende ikke er beslutningskompetent i den konkrete situasjonen. Etter utvalgets syn, er vektlegging av konsekvensenes betydning i kompetansevurderinger i tråd med både gjeldende rett og klinisk tankegang, og nødvendige presiseringer etter en mangelfull implementering av samtykkevilkåret i 2017.

Utvalget vurderer at manglende anerkjennelse av dynamikken i forståelseskravet kan ha bidratt til at kravene til å vurdere samtykkekompetanse har blitt tolket for strengt i noen situasjon siden 2017. Utvalget erfarer samtidig at den viktige presiseringen i Helsedirektoratets rundskriv våren 2022 at av at både kravet til informasjon og til forståelse skjerpes når nektelse av behandling kan få alvorlige konsekvenser, fremdeles er lite kjent i kliniske miljøer. Etter utvalgets vurdering illustrerer dette betydningen av å skille mellom hvilke utfordringer som kun kan løses ved å endre loven, og hvilke som handler om tolkning og anvendelse av loven. Utvalget finner at utfordringene knyttet til kompetansevurderinger knytter seg både til selve lovverk (særlig beviskravet) og anvendelsen av loven (manglende anerkjennelse av dynamikken i forståelseskravet).

Utvalget mener man må legge til grunn at helsepersonell ønsker det beste for pasienten. Men for å unngå mer paternalisme som følge av en økt vektlegging av konsekvenser, mener utvalget det er viktig at kompetansevurderinger kvalitetssikres gjennom blant annet bedre opplæring, nasjonale faglige retningslinjer og et validert verktøy for kompetansevurderinger og etterprøving i tilsynsorganene (kontrollkommisjonen, statsforvalteren og domstolene). I tillegg er det viktig med økt implementering av beslutningsstøtte, samvalg under tvang og brukermedvirkning i egen behandling.

# 5 Menneskerettslige perspektiver på beslutningskompetanse

Oppsummering

- Menneskerettighetene har gradvis fått økt rettslig betydning de siste tiårene, og har ført til en styrking av vernet til den enkelte borger overfor myndighetene, inkludert helsetjenesten.
- Retten til privatliv, herunder retten til selvbestemmelse, er en grunnleggende menneskerettighet. Vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvangsbruk i psykisk helsevern har som formål å ivareta denne rettigheten.
- Pasientens selvbestemmelse står sterkt i flere menneskerettighetskonvensjoner Norge har sluttet seg til, herunder FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).
- Statens plikt til å ivareta liv, herunder retten til helse, følger også av Norges menneskerettslige forpliktelser.
- Når en pasient ikke kan samtykke til helsehjelp, står retten til selvbestemmelse og retten til helse mot hverandre. Etter praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD), er det rimelig å gripe inn overfor pasienten uten beslutningskompetanse som ikke kan ivareta sin egen selvbestemmelse. Dette forutsetter en forholdsmessighetsvurdering av hensyn som taler for og mot å gripe inn overfor pasienten.
- Grunnloven § 93 fjerde ledd og EMK artikkel 2 beskytter retten til liv. Etter utvalgets vurdering er tvunget psykisk helsevern i faretilfellene – også av personer som er beslutningskompetente – delvis begrunnet i statens positive forpliktelser knyttet til retten til liv.

## 5.1 Innledning

Norges menneskerettslige forpliktelser om retten til autonomi og retten til helse står mot hverandre når en pasient ikke kan samtykke. På den ene siden står retten til privatliv, som omfatter retten til autonomi. På den andre siden står retten til liv, herunder retten til helse. Etter praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD), kan det være rimelig å gripe inn overfor pasienten uten samtykkekompetanse som ikke kan ivareta sin egen autonomi. Dette forutsetter en forholdsmessighetsvurdering av hensyn som taler for og mot å gripe inn overfor vedkommende.

Det er ulike syn på betydningen til ulike menneskerettskonvensjoner for norsk tvangslovgivning. I likhet med både Paulsrud- og Tvangslovutvalget, mente Rettighetsutvalget (NOU 2016: 17, 2016) at vilkåret om manglende beslutningskompetanse utgjorde det rette balansepunktet med Norges menneskerettslige forpliktelser, og da særlig FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

NOU 2019: 14 kapittel 7 inneholder en grundig vurdering av menneskerettsforpliktelser og tvang, og det vises til denne. Flere innspill til utvalget fremhever at gjeldende tvangslovgivning i psykisk helsevern strider med Norges menneskerettslige forpliktelser. På denne bakgrunn ser utvalget behov for en nærmere gjennomgang av menneskerettslige perspektiver på manglende beslutningskompetanse som et vilkår for helsehjelp uten samtykke. Utvalget tar her ikke stilling til den kliniske praksisen som følger av vilkåret.

## 5.2 Relevante menneskerettsforpliktelser og konvensjonenes stilling i norsk rett

Grunnloven § 92 pålegger statens myndigheter å respektere og sikre menneskerettighetene slik disse er nedfelt i Grunnloven og i traktater som er bindende for Norge. Bestemmelsen pålegger domstolene og andre myndigheter å håndheve menneskerettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett (HR-2016-2554, avsnitt 65–70). Viktige konvensjoner her er den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), FNs konvensjon og politiske og sivile rettigheter (SP), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Oviedo-konvensjonen) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Det legges til grunn at norsk rett er i samsvar med konvensjonsforpliktelsene Norge har sluttet seg til (presumsjonsprinsippet). EMK, SP og ØSK er direkte inkorporert og gjort til en del av norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2. Disse konvensjonene har – i tilfelle motstrid med norsk lov – forrang, jf. menneskerettsloven § 3.

EMKs rettskildemessige tyngde i norsk rett står i en særstilling (Innst. 186 S (2013–2014), 2014). Dette skyldes EMDs kompetanse til å avsi rettslig bindende avgjørelser, hvor statene er forpliktet til å tilpasse seg domstolens tolkning av EMK (artikkel 19 og 32). Dermed er rettspraksis fra EMD relevant ved fortolkningen av våre forpliktelser etter EMK. Praksisen har hatt særskilt påvirkning på norsk lovgivning (Østenstad, 2018). Rettspraksis fra EMD og praksis fra andre internasjonale håndhevingsorganer har dessuten betydning ved tolkningen av grunnlovsbestemmelsene som likner de internasjonale forbildene, herunder retten til privatliv etter Grunnloven § 102 (HR-2015-206-A, avsnitt 57).

CRPD ble ratifisert av Norge i 2013, og har betydning for handlingsrommet for tvangslovgivning overfor funksjonshemmede, herunder personer med psykiske funksjonsnedsettelser (Prop. 106 S (2011-2012), 2012). Konvensjonen er ikke inkorporert direkte i norsk rett gjennom menneskerettsloven. CRPD er likevel en bindende traktat for Norge. I Hurdalsplattformen fastslår Regjeringen at den vil inkorporere CRPD i norsk lov (Regjeringen, 2021, s. 69). Et juridisk ekspertutvalg har derfor fått i oppdrag å utrede konsekvensene av en slik inkorporering, og skal avgi sin utredning innen utgangen av 2023. Inkorporering i menneskerettsloven skal vurderes særskilt.

I forbindelse med ratifikasjonen av CRPD gav Norge to tolkningserklæringer knyttet til konvensjonens artikkel 12 og til artikkel 14 og 25. Erklæringen knyttet til artikkel 14 og 25 fastslår at norsk rett anses å være i samsvar med CRPD når tvungen behandling brukes ovenfor pasienter med psykiske lidelser i tilfeller der dette er strengt nødvendig og tvangen er underlagt rettslige rammer. Tolkningserklæringene spesifiserer det norske synet på bestemmelsene, og er ikke reservasjoner til CRPD. Erklæringen er avgitt for å understreke at Norge forstår konvensjonen slik at norsk lov er i samsvar med konvensjonen (Prop. 106 S (2011-2012), 2012). Fordi erklæringene ikke er en folkerettslig reservasjon, har de ingen

virkning for Norges forpliktelser etter CRPD (International Law Commission, 2011). Norge er bundet av konvensjonen i sin helhet.

Generelle kommentarer fra komiteene som overvåker konvensjoner som CRPD og ØSK er ikke rettslig bindende. De er relevante ved tolkningen av tilhørende konvensjon, men hvilken vekt slike tolkningsuttalelser tillegges varierer avhengig av om tolkningsuttalelsen har forankring i konvensjonsteksten, eller om den derimot er en tilrådning av optimal praksis (HR-2009-1932-A, avsnitt 44, HR-2015-2524-P, avsnitt 152–154). Dette utgangspunktet fra Høyesterett knytter seg til generelle kommentarer fra FNs barnekomité, men kan også ha betydning for generelle kommentarer fra andre menneskerettskomiteer.

## 5.3 Menneskerettighetsforpliktelsenes innhold: beslutningskompetanse i psykisk helsevern

Retten til selvbestemmelse er en grunnleggende menneskerettighet, fastsatt uttrykkelig i både ØSK og SP artikkel 1, CRPD artikkel 12 og 14, Oviedo-konvensjonen artikkel 5 og mer indirekte som en del av retten til privatliv i EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Dette omfatter retten til selv å selv bestemme hva slags helsehjelp vedkommende mottar, og er også utgangspunktet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse for tvungent vern og behandling uten eget samtykke har som formål å ivareta pasientenes autonomi og selvbestemmelsesrett (se omtale i utvalgets rapport kapittel 3). Retten til selvbestemmelse reiser særlig tre problemstillinger innenfor psykisk helsevern:

1. Avveiingene mellom selvbestemmelsesretten og retten til helse dersom pasienten enten er beslutningskompetent eller ikke.
2. Avveiingen mellom selvbestemmelsesretten, retten til liv og retten til helse dersom pasienten utgjør en nærliggende fare for eget liv og helse.
3. Avveiingen mellom selvbestemmelsesretten, den enkeltes rett til helse og andres rett til liv og helse dersom pasienten utgjør en nærliggende fare for andres liv og helse.

Den overordnede forholdsmessighetsvurderingen handler om å veie plikten og retten til å gjøre godt og unngå skade mot retten til respekt for autonomi. Den skjønnsmarginen – statens mulighet til selv å velge en løsning basert på en avveiing av ulike interesser – statene er tilkjent, varierer i de ulike konvensjonene. Overordnet gir EMK statene en skjønnsmargin i de tre ulike problemstillingene skissert ovenfor. Utvalget vurderer det slik at selvbestemmelsesretten som utgangspunkt må veie tungt opp mot retten til helse, der en medisinskfaglig vurdering tilsier at pasienten vil ha stor nytte av psykisk helsevern og pasienten er beslutningskompetent. Dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv og helse, vil derimot statens positive forpliktelser til å iverksette tiltak for å ivareta retten til liv veie tyngre enn pasientens selvbestemmelsesrett. Etter utvalgets syn, må retten til liv veie tyngre enn pasientens selvbestemmelsesrett dersom vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse.

## 5.4 Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK)

### 5.4.1 Selvbestemmelsesretten og tvungen behandling

Medisinsk behandling – både frihetsberøvelse i institusjon og tvangsmedisinering – mot noens samtykke utgjør et inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Bestemmelsene åpner imidlertid for inngrep, forutsatt lovhjemmel og at inngrepet er strengt nødvendig (HR-2014-2288-A, avsnitt 28-29). EMD har uttalt at tvangsmedisinering av en

pasient med psykisk lidelse kan være berettiget for å beskytte pasienten selv eller andre. Slike avgjørelser må treffes på bakgrunn av klare juridiske retningslinjer (Salontaji-Drobnjak mot Serbia, avsnitt 144-145), med mulighet for domstolsprøving (X mot Finland, avsnitt 220, Storck mot Tyskland, avsnitt 164–169, Shopov mot Bulgaria, avsnitt 47) og forutsetter at det er foretatt en forholdsmessighetsvurdering av berørte rettigheter (M.K. mot Luxembourg).

Tvangsinnleggelse ved en behandlingsinstitusjon er frihetsberøvelse. Slik frihetsberøvelse berører retten til personlig frihet beskyttet av EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102, samt forbudet mot vilkårlig frihetsberøvelse, beskyttet av EMK artikkel 5 og Grunnloven § 94. EMK artikkel 5 nr. 1 bokstav e åpner for frihetsberøvelse av blant annet personer med sinnslidelse («unsound mind»), dersom dette er lovlig og skjer i samsvar med en fremgangsmåte foreskrevet i lov. EMD har uttalt i flere saker at tre minimumsvilkår være oppfylt:

1. Det må foreligge en medisinskfaglig og objektiv begrunnelse for at personen har en sinnslidelse,
2. Sinnslidelsen må være av en alvorlighetsgrad som begrunner frihetsberøvelse, og
3. Frihetsberøvelsen kan bare vedvare så lenge disse vilkårene fortsatt er oppfylt (Ilnseher mot Tyskeland avsnitt 127 og 192)

EMD har flere uttalelser knyttet til innholdet i de tre vilkårene nevnt over. Mindre inngripende tiltak enn det aktuelle skal ikke kunne ivareta pasientens eller andres interesser på en tilfredsstillende måte (Varbanov mot Bulgaria, avsnitt 46, Stanev mot Bulgaria, avsnitt 143, Plesó mot Ungarn, avsnitt 62). Medlemstatene har en viss skjønnsmargin ved vurderingen av hva som er nødvendig frihetsberøvelse av personer med psykiske lidelser. Skjønnsmarginen er snevrere dersom pasienten ikke utgjør en fare for seg selv eller andre (Plesó mot Ungarn). Her oppstilles det likevel strenge krav til kvaliteten på den medisinskfaglige begrunnelsen og rettsikkerhetsmekanismer knyttet til vedtaket. Etter utvalgets vurdering ligger vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 innenfor de rammene EMD har oppstilt.

### 5.4.2 Selvbestemmelsesretten og retten til liv når noen utgjør en fare for eget liv eller helse

Grunnloven § 93 fjerde ledd og EMK artikkel 2 beskytter retten til liv (Aall, 2022). Retten til liv inneholder en positiv forpliktelse for staten til å beskytte enkeltpersoners liv, og, gir også en handlingsplikt for den offentlige helsetjenesten i landet (Arakaya mot Ukraina). Positive forpliktelser krever handling fra staten: at staten iverksetter tiltak for å sikre at en rettighet ivaretas. Negative forpliktelser derimot verner mot inngrep fra staten, og krever at staten *ikke* gjør noe bestemt ovenfor enkeltpersoner. EMD har fastslått at EMK artikkel 2 – under visse omstendigheter – kan innebære en positiv plikt for myndighetene til å treffe særlig forebyggende, operative tiltak for å beskytte en person mot seg selv (Renolde mot Frankrike, avsnitt 81). Rettspraksis fra EMD knytter seg til saker der pasienten allerede er innlagt på psykiatrisk institusjon; frivillig eller på tvang (Renolde mot Frankrike, avsnitt 84, S.F. mot Sveits, avsnitt 78, Fernandes de Oliveira mot Portugal, avsnitt 124). Etter utvalgets vurdering er tvungent psykisk helsevern i faretilfellene – også av personer som er beslutningskompetente – delvis begrunnet i statens positive forpliktelser knyttet til retten til liv.

Som omtalt i punkt 3.6.3, diskuterer Bahus adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv (Bahus, 2022). EMK artikkel 2 og Grunnloven § 93 fjerde ledd inneholder som nevnt positive forpliktelser i å sikre retten til liv, herunder å foreta tiltak for å hindre at noen som har en alvorlig sinnslidelse skader seg selv eller begår selvmord. Samtidig beskytter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102 retten til privatliv,

herunder retten til å bestemme selv over medisinsk behandling. Etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 gjelder ikke vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved fare. «Fare for eget liv eller helse» omfatter mer enn selvmordsfare: enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig er omfattet, uansett hva faren består i (HR-2020-1167-A). Bahus viser til dommen, og etterlyser en grundigere behandling av EMK og EMDs praksis. Særlig etterlyser Bahus en grundigere behandling av adgangen til å tvangsbehandle samtykkekompetente pasienter etter phvl. § 3-3 nr. 4 ved fare for eget liv sett opp mot Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Utvalget finner grunn til å gå særlig inn på spørsmålet om forholdet mellom adgangen til å vedta tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med en alvorlig sinnslidelse, som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse, men som samtidig er beslutningskompetent. Spørsmålet er om dette er i strid med EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102.

I Jehovas vitner i Moskva mot Russland fra 2010, viste EMD til at EMK artikkel 9 (rett til religionsfrihet) beskytter den enkeltes rett til å ta en beslutning i samsvar med egne verdier og oppfatning, selv om dette valget kan medføre at pasienten dør. Utgangspunktet kan være overførbart til retten til privatliv etter EMK artikkel 8. Altså at retten til privatliv kan beskytte en persons rett til å selv ta et valg som vil medføre døden, forutsatt at personen har evne til å ta et bevisst valg.

I saken Haas mot Sveits fra 2011 vurderte EMD hvorvidt klagerens rett til assistert selvmord var beskyttet av artikkel 8. EMD vurderte rekkevidden av artikkel 8, opp mot statens forpliktelse etter EMK artikkel 2. Klageren hadde en psykisk lidelse (bipolar lidelse), men var beslutningskompetent. EMD viste til at retten til privatliv etter EMK artikkel 8 må forstås i lys av artikkel 2, som beskytter retten til liv. EMK artikkel 2 pålegger statene å sørge for at individer ikke tar sitt eget liv dersom denne beslutningen ikke er tatt frivillig og med full forståelse for hva beslutningen innebærer (avsnitt 54). Domstolen bemerker videre at det store flertallet av medlemslandene legger større vekt på *beskyttelsen av et individs liv enn på retten til å avslutte sitt liv* og konkluderer med at statene har en *bred skjønnsmargin i denne avveiingen* (avsnitt 55). Dette kan tilsi at det ligger innenfor lovgivers skjønnsmargin å bestemme at kravet til fravær av beslutningskompetanse ikke skal gjelde ved fare for eget liv.

I Arakaya mot Ukraina fra 2013 kom EMD til at det forelå brudd på EMK artikkel 2. Klageren var mor til en pasient som hadde omkommet på sykehuset etter å ha nektet somatisk behandling. Samtidig forelå det informasjon i journalen, samt en nylig undersøkelse fra en psykiater, som tilsa at pasienten hadde en sinnslidelse («mental disorder»). Likevel det ble ikke foretatt nærmere undersøkelser av pasientens beslutningskompetanse. Statens manglende vurdering av personens beslutningskompetanse – som kunne ha betydning for om pasienten forstod rekkevidden av å motsette seg behandling – medførte at det forelå brudd på EMK artikkel 2.

Ved vurderingen av hvorvidt det forelå et brudd på EMK artikkel 2, startet EMD – med henvisning til Jehovas vitner mot Russland – med å vise til utgangspunktet om at friheten til å nekte en spesifikk form for medisinsk behandling er sentralt for prinsippet om selvbestemmelsesrett og autonomi. Domstolen viste videre til Pretty mot Storbritannia fra 2002, hvor det uttales at medisinsk behandling uten samtykke kan være uforenlig med EMK artikkel 8 selv om fraværet av slik behandling kan få fatale konsekvenser. Samtidig viser domstolen til at EMK artikkel 2 reiser særlige forpliktelser for en lege, som utfører sitt arbeid for å redde liv og derfor skal opptre ut ifra hva som er det beste for pasienten. EMD uttalte – med henvisning til saken Haas mot Sveits – at artikkel 2 pålegger nasjonale myndigheter å hindre at noen tar sitt eget liv dersom beslutningen ikke er tatt frivillig og med full forståelse for

hva avgjørelsen innebærer. Videre viste domstolen til at et *helt sentralt vurderingstema knyttet til validiteten av en persons nektelse av å motta helsehjelp, er vedkommende beslutningskompetanse* (avsnitt 69).

Etter utvalgets syn kan det utledes av EMD-praksis at EMK artikkel 8 omfatter retten til å bestemme hvorvidt man ønsker behandling, også der det å nekte kan få fatale konsekvenser. Dette utgangspunktet blir imidlertid mer komplisert dersom den som nekter behandling har en psykisk lidelse. Statene har en positiv forpliktelse etter EMK artikkel 2 til å sikre at personer ikke tar sitt eget liv. Statene må dessuten forsikre seg om at en som nekter å motta medisinsk behandling – der slik nektelse kan føre til døden – har beslutningskompetanse. Er pasienten ikke beslutningskompetent, vil det å avslutte behandlingen kunne være i strid med EMK artikkel 2. Statene har bred skjønnsmargin når det gjelder avveiingen mellom EMK artikkel 2 og EMK artikkel 8. Hvordan statens aktive forpliktelse til å hindre at sårbare personer tar sitt eget liv avveies opp mot statens plikt til å respektere en persons rett til selvbestemmelse, ligger innenfor statens skjønnsmargin å regulere nærmere. Retten til å avslutte livsforlengende behandling er imidlertid beskyttet av EMK artikkel 8 dersom pasienten ikke har en alvorlig sinnslidelse.

Utvalget ønsker å presisere at staten kan ha en positiv forpliktelse til å sette inn tiltak for å beskytte EMK artikkel 2 ovenfor pasienter som er innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon. Det sentrale for en slik positiv forpliktelse er om staten visste eller burde ha visst at det forelå konkrete holdepunkter som tilsa at pasienten utgjorde en reell risiko for eget liv og helse. I denne vurderingen har EMD tatt hensyn til ulike momenter, inkludert hvorvidt personen hadde en historie med psykiske problemer; alvoret i den psykiske tilstanden; tidligere forsøk på å begå selvmord eller selvskading; selvmordstanker eller trusler; og tegn på fysisk eller psykiske plager (Fernandes de Oliveira mor Portugal, avsnitt 115, Boychenko mot Russland, 2021, avsnitt 80). Med andre ord er EMD opptatt av om den konkrete situasjonen i vurderingen av staten har en aktiv plikt til å iverksette tiltak for å unngå å krenke artikkel 2.

Hvor nærliggende faren for eget liv og egen helse må være og sykdommens betydning for faren, er sentrale nyanser i farevilkåret i psykisk helsevernloven. Når det gjelder fare for eget liv og egen helse, omfattes ikke bare på faren for selvmord eller selvskading, men også faren for at vedkommende forkommer eller lider overlast på en slik måte at det er en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998). Sistnevnte kan omfatte livstruende komplikasjoner som følge av alvorlig undervekt ved opphør av tvungent psykisk helsevern (HR-2020-1167). Det avgjørende for om det foreligger en plikt til aktiv handling til å innsette tiltak, vil være hvilke holdepunkter staten har for at pasienten utgjør en reell risiko for eget liv og helse.

På denne bakgrunnen vurderer utvalget at det er forenlig med EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102 å fatte vedtak om tvungent psykisk helsehjelp overfor en beslutningskompetent person med en alvorlig sinnslidelse som utgjør en nærliggende fare for eget liv eller helse.

## 5.5 Oviedo-konvensjonen

Oviedo-konvensjonen omhandler grunnleggende prinsipper om pasientbehandling og forskning på mennesker. Norge ratifiserte konvensjonen i 2006 (St.prp. nr. 53 (2005-2006), 2006). Utgangspunktet er – etter artikkel 5 – at inngripen på helseområdet bare må foretas etter at den berørte personen har gitt et fritt og informert samtykke. Artikkel 6 gir nærmere bestemmelser til vern av personer som ikke er i stand til å samtykke. Etter konvensjonens artikkel 6 nr. 3 kan inngripen overfor en voksen som ifølge lov «ikke er i stand til å samtykke i

en inngripen på grunn av mangelfulle mentale evner, en sykdom eller andre årsaker» bare foretas etter fullmakt fra hens representant eller fra en myndighet, person eller et organ som nasjonal lov gir bestemmelser om. Den berørte skal så langt det er mulig samtykke til fullmakten. Inngrepet må være til direkte fordel for vedkommende, og fullmektigen må ha fått tilstrekkelig informasjon. Dette følger av artikkel 6 nr. 1 og 4. Personens manglende beslutningskompetanse forutsetter dermed at en fullmektig ivaretar interessene til vedkommende.

Etter Oviedo-konvensjonen artikkel 7 kan tvang av en «alvorlig sinnslidende» person bare benyttes i behandlingsøyemed, og kun dersom det er grunn til å tro at vedkommende vil få alvorlig skade på egen helse uten slik behandling. Vilkåret om alvorlig sinnslidelse («mental disorder of a serious nature») må etter sin ordlyd anses som en høyere terskel enn etter EMK artikkel 5 nr. 1 bokstav e («unsound mind»). Behandlingsvilkåret (phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a) vurderes å være i samsvar med dette kravet i konvensjonen (Ot.prp.nr. 65 (2005–2006), 2006).

Oviedo-konvensjonen artikkel 26 tillater unntak fra konvensjonens øvrige bestemmelser, blant annet for å beskytte andres rettigheter og friheter. Personer kan derfor holdes tilbake av hensyn til andre personers liv og helse. Tvungent vern begrunnet i fare for andres liv eller helse er dermed i tråd med Oviedo-konvensjonen.

Etter utvalgets vurdering fremstår bestemmelsene om tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevernloven forenlig Oviedo-konvensjonen. Det ble heller ikke ansett som nødvendig med endringer i psykisk helsevernloven i forbindelse med at konvensjonen ble ratifisert i 2006. Europarådets bioetikkomité har i en årrekke arbeidet med en rettslig bindende tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen om tvang i psykisk helsevern. Siste utkast til tilleggsprotokollen fra 2018 inneholder materielle og prosessuelle vilkår for tvungent vern og tvungen behandling som er ment å stille strengere krav til statens tvangsbruk og styrke pasientenes rettssikkerhet. Manglende beslutningskompetanse er her foreslått som vilkår for både tvungent vern og tvungen behandling i utkast til artikkel 10 og 11 (Europarådets bioetikkomité, 2018). Europarådets ministerkomité besluttet imidlertid i mai 2022 at arbeidet med tilleggsprotokollen skulle settes på vent, og at Europarådets bioetikkomité i stedet skulle arbeide med rekommandasjon om tvangsbruk i psykisk helsevern (Europarådets ministerkomité, 2022). Det gjenstår å se hva dette arbeidet til slutt vil munne ut i, og hvilken betydning det vil ha for norsk tvangslovgivning i psykisk helsevern.

## 5.6 FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

ØSK artikkel 12 plikter statene å anerkjenne «retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». ØSK-komiteens generelle kommentar  viser at artikkel 12 inneholder både friheter og begrensninger, herunder rett til frihet fra inngrep, som omfatter frihet fra ikke-samtykkebasert medisinsk behandling ((ØSK-komiteen, 2014), avsnitt 8). Artikkel 12 må tolkes i lys av diskrimineringsvernet i ØSK artikkel 2.2. Det er ikke forenlig med konvensjonen å forskjellsbehandle på bakgrunn av «other status», jf. artikkel 2.2, som omfatter funksjonsnedsettelse ((ØSK-komiteen, 2014), avsnitt 18). Statene skal avstå fra tvungen behandling av personer med psykiske lidelser, med mindre det foreligger særlige tilfeller («exceptional cases») ((ØSK-komiteen, 2014), avsnitt 34). Slik tvungen behandling forutsetter strenge vilkår, og komiteen henviser her til prinsippene for beskyttelse av personer med psykiske lidelser (FNs generalforsamling, 1991).

I den 6. rapporteringsrunden for Norge i 2020, adresserer ØSK-komiteen spørsmål vedrørende tvang og psykisk helse (ØSK-komiteen, 2020). Ved høringen i 2013, var ØSK-komiteen bekymret for den utstrakte bruken av tvungen behandling, herunder tvangstiltak og tvangsmedisinering i institusjoner i psykisk helsevern i Norge (avsnitt 40). Komiteen anbefaler Norge å sikre at behandling er basert på fritt og informert samtykke fra pasienten eller dennes verge, implementere rettslig forbud mot tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler og elektrokonvulsiv behandling (ECT), og implementere strengere prosedyrer for tvangstiltak ovenfor personer med psykiske funksjonsnedsettelser. Komiteen anbefaler også at Norge øker tilbudet I primærhelsetjenesten, herunder alternativer for medisinsk behandling for personer med psykiske lidelser.

Tolkningsuttalelsene til artikkel 12 (CG) og de to siste periodiske rapportene til Norge, tilsier at ØSK-komiteen er kritisk til tvungen behandling av personer med psykisk lidelser (ØSK-komiteen, 2014, 2020). Tvang kan være tillatt i særlige tilfeller, men alltid under strenge rettslige vilkår. En samtykkebasert modell for psykisk helsevern – ut over faretilfellene – er dermed mest forenlig med ØSK artikkel 12.

## 5.7 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)

### 5.7.1 Retten til helse

CRPD artikkel 25 forplikter medlemsstatene til å «erkjenne» at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til «den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.» Forpliktelsen tilsvarer langt på vei Norges forpliktelser etter ØSK artikkel 12 (retten til helse), sett i lys av ØSK artikkel 2 nr. 2 (diskrimineringsforbudet). Etter CRPD artikkel 25 bokstav b skal partene særlig sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får de helsetjenester som de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, herunder tidlig utredning og inngripen, samt tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelser. Helsetjenesten skal gi nødvendig og forsvarlig behandling til denne pasientgruppen.

Etter utvalgets vurdering forplikter CRPD artikkel 25 – på samme måte som ØSK artikkel 12 – statene å implementere rettslige og faktiske tiltak som bidrar til å sikre retten til helsehjelp for personer med funksjonsnedsettelse. Dette er en positiv forpliktelse. Forpliktelsen omfatter å sørge for at personer med nedsatt funksjonsevne får den helsehjelpen de trenger, herunder tidlig utredning og inngripen, samt helsetjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelser, jf. CRDP artikkel 25 bokstav b. Slik helsehjelp skal gis ved fritt og informert samtykke, jf. bokstav d.

Spørsmålet blir hvordan artikkel 25 skal tolkes dersom en pasient med en funksjonsnedsettelse ikke ønsker å motta behandling, men der dette kan få store helsemessige konsekvenser («ytterligere funksjonsnedsettelse»). Etter utvalgets vurdering er det da relevant å vurdere i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, kan ikke gi et «fritt og informert samtykke», jf. bokstav d. En tolkning av CRPD artikkel 25 bokstav b sett i lys av bokstav d kan da tilsi at helsetjenesten da skal gi pasienten helsehjelp.

Denne tilnærmingen er i tråd med den norske rettstilstanden etter psykisk helsevernloven når tvungent psykisk helsevern er begrunnet i bedringsalternativet (phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav a) og

vilkåret om manglende samtykkekompetanse.. Utvalget understreker i den sammenheng at vurderingen av pasientens beslutningskompetanse gjøres etter de generelle reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 (se nærmere omtale i punkt 4.3).

### 5.7.2 Rettslig handleevne og autonomi

CRDP artikkel 12 retter seg spesifikt mot anerkjennelse av retten til likhet for loven og til rettslig handleevne for personer med funksjonsnedsettelse. Artikkel 12 nr. 2 krever at personer med funksjonsnedsettelser har «rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.» Artikkel 12 nr. 3 pålegger statene å innføre systemer for beslutningsstøtte for å bistå mennesker i å utøve sin rettslige handleevne. Etter artikkel 12 nr. 4 skal statene innføre effektive beskyttelsesmekanismer som støtter utøvelsen av en persons rettslige handleevne. Mekanismene skal sikre at tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne respekterer vedkommendes rettigheter, vilje og preferanser og at det ikke foreligger noen interessekonflikt og utilbørlig påvirkning. Mekanismene skal være forholdsmessige og tilpasset individuelle omstendigheter, gjelde for kortest mulig tid og gjennomgås jevnlig av en kompetent, uavhengig myndighet. Beskyttelsesmekanismene skal stå i forhold til i hvilken grad tiltakene berører vedkommendes rettigheter og interesser.

Artikkel 12 fastslår at personer med funksjonsnedsettelse alltid har rettslig handleevne. Rettslig handleevne omhandler *retten til å ha rettigheter* og plikter å til å utøve disse. Dette må holdes atskilt fra beslutningskompetanse, som knyttes til den enkeltes *evne til* å ta beslutninger. CRPD-komiteen fremhever at artikkel 12 gjør det klart at begrensninger ved noens beslutningskompetanse aldri er en legitim begrunnelse for å begrense rettslig handleevne ((CRPD-komiteen, 2014), avsnitt 13). Artikkel 12 krever at vedkommende heller får støtte i å utøve sin rettslige handleevne ((CRPD-komiteen, 2014), avsnitt 15). Kravene som stilles til mekanismer for utøvelse av rettslig handleevne etter artikkel 12 nr. 4 kan tolkes slik at begrensninger i en persons handleevne kan være tillatt, forutsatt at denne er underlagt strenge beskyttelsesmekanismer, og at beslutningsstøtte i tråd med artikkel 12 nr. 3 ikke har ført frem.

### 5.7.3 Selvbestemmelsesretten og tvungen behandling

Retten til helse må avveies mot retten til selvbestemmelse dersom en pasient ikke kan samtykke. CRPD artikkel 14 nr. 1 bokstav b inneholder – i motsetning til EMK artikkel 5– et absolutt forbud mot frihetsberøvelse på grunnlag av nedsatt funksjonsnedsettelse. I lys av den nevnte artikkel 25 (retten til helse) og artikkel 12 (rett til rettslig handleevne), må pasienten få beslutningsstøtte som bidrar til at hen kan foreta et valg. Dersom pasienten likevel nekter, er det ikke grunnlag for tvungen behandling dersom pasienten har beslutningskompetanse.

### 5.7.4 Fare som grunnlag for tvang

Farevilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b gjelder både nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse andres liv eller helse (se nærmere omtale i punkt 3.6.3 og punkt 11.4.2).

Det følger av CRPD artikkel 14 bokstav b at «nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.» I sin generelle kommentar til artikkel 14, uttaler CRPD-komiteen at tvangsinnleggelse av personer med funksjonsnedsettelse, herunder personer med psykiske lidelser, ikke er forenlig med CRPD selv om personer utgjør en fare for seg selv eller andre (CRPD-komiteen, 2015). Det anses å være i strid med diskrimineringsforbudet i artikkel 5 dersom funksjonsnedsettelsen begrunner frihetsberøvelsen.

Det er klart etter ordlyden i artikkel 14 at nedsatt funksjonsnedsettelse – herunder «alvorlig sinnslidelse» – aldri kan begrunne tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Hvorvidt det er tillatt å begrunne tvungent vern av en med funksjonsnedsettelse supplert med et tilleggsvilkår om at pasienten utgjør en nærliggende fare for seg selv eller andre, er likevel ikke helt klart etter ordlyden. Dersom funksjonsnedsettelsen må suppleres med fare som et tilleggsvilkår kan det argumenteres for at det ikke er funksjonsnedsettelsen alene som begrunner frihetsberøvelsen. Det er uenighet om hvordan CRPD skal tolkes på dette punktet. I sitt innspill til utvalget, argumenterer Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) for at artikkel 14 – tolket i lys av diskrimineringsforbudet i artikkel 5 og artikkel 12 – taler for at alvorlig sinnslidelse bør være frikoblet fra begrunnelsen for tvangsbruk. Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) tolker artikkel 14 i lys av det generelle diskrimineringsforbudet i artikkel 5 dithen at det ikke oppstilles noe absolutt forbud mot at funksjonsnedsettelse inngår som en del av begrunnelsen for tvungent psykisk helsevern (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022). Begrunnelsen kan imidlertid aldri utelukkende bygge på nedsatt funksjonsnedsettelse.

Diskrimineringsforbudet i CRPD artikkel 5 – sett i sammenheng med artikkel 14 og uttalelser fra komiteen – tilsier at det sentrale er at personer med funksjonsnedsettelser ikke forskjellsbehandles når det kommer til tvungent vern. Trolig kan det være forenelig med konvensjonen å vedta tvungent vern det er begrunnet i at personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andre. Dette forutsetter at *farevilkåret* – og ikke den *alvorlige sinnslidelsen* – begrunner frihetsberøvelsen. Tvungent vern vil da åpne for inngrep basert på nødvendigheten av å avverge fare for liv og helse, fremfor å bygge på vurderinger av *individets evne* til å fatte beslutninger. Dette vil ikke være diskriminerende overfor personer med funksjonsnedsettelser, fordi tvangen knytter seg til fare. Spørsmålet blir så hvordan disse utgangspunktene står seg opp mot dagens psykisk helsevernlov.

Farevilkåret etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b forutsetter at grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt. Vilkåret om at noen må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse gjelder dermed ikke uavhengig av funksjonsnedsettelsen. Bruk av tvang på bakgrunn av hensynet til samfunnsvernet (fare for andre) vil bare kunne ramme personer med alvorlig sinnslidelse – ikke personer uten en alvorlig sinnslidelse. Samtidig kan det argumenteres for at tvang «ikke i noe tilfelle» – som er ordlyden i CRPD artikkel 14 nr. 1 bokstav b – kan rettferdiggjøre frihetsberøvelsen dersom personen bare har en alvorlig sinnslidelse. Farevilkåret må også være oppfylt må også være oppfylt ifølge CRPD-komiteen

Diskrimineringsforbudet i CRPD artikkel 5 omfatter all form for forskjellsbehandling basert på funksjonsnedsettelse. Selv om psykisk helsevernloven krever at farevilkåret må være oppfylt for at det kan benyttes tvang ovenfor en beslutningskompetent person, må vedkommende, også ha en alvorlig sinnslidelse. Vurderingen av fare er delvis knyttet til grunnvilkåret, altså funksjonsnedsettelsen. Farevilkåret vil da rent faktisk ramme personer med alvorlig sinnslidelse annerledes enn personer uten en slik lidelse. CRPD åpner bare for forskjellsbehandling i tråd med artikkel 5 nr. 4. og Forskjellsbehandling knyttet til farevurderingen ligger ikke innenfor det som beskrives som tillatt forskjellsbehandling etter konvensjonen.

## 5.8 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener at innføringen av et kompetansebasert system i psykisk helsevern bedre ivaretar Norges menneskerettslige forpliktelser. Utvalget støtter departementets vurdering om at CRPD gir uttrykk for en internasjonal menneskerettslig utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Utvalget mener at

endringene i psykisk helsevernloven i 2017 var en nødvendig tilpasning til sentrale menneskerettslige prinsipper. Et vilkår om samtykkekompetanse innebærer samtidig et fokus på funksjon fremfor diagnose, som er i tråd med CRPD. Utvalget er her i tråd med Paulsrud-utvalget og Tvangslovutvalget. Utvalget vurderer at kompetansevilkåret for tvungent vern og tvungen behandling har vektige menneskerettslige begrunnelser som tilsier å beholde vilkåret.

Tvangslovgivningen i helsetjenesten må forstås på bakgrunn av foreliggende positive forpliktelser til å beskytte retten til liv og retten til helse, og negative forpliktelser som angir grensene for hvilke virkemidler som kan benyttes til ivaretakelse av ellers legitime formål. Det klare utgangspunktet er at enhver person har selvbestemmelsesrett og rettslig handleevne, og bestemmer selv med hensyn til medisinsk behandling. Frivillighet er altså utgangspunktet for helsehjelp etter samtlige konvensjoner. Med unntak av CRPD, åpner øvrige menneskerettskonvensjoner for at frivillighet kan begrenses av hensyn til fare for pasienten selv eller andre. Etter EMK og Oviedo-konvensjonen er det dessuten tillatt med begrensninger i retten til selvbestemmelse av hensyn til pasientens egen helse, også der vedkommende har beslutningskompetanse, men her stilles det svært strenge krav til den medisinskfaglige begrunnelsen og forholdsmessigheten av et slikt inngrep.

Tvungen behandling er et inngrep i retten til privatliv, men kan være tillatt dersom tiltaket er hjemlet i lov, skal beskytte nærmere bestemte formål og er forholdsmessig, jf. EMK artikkel 8 nr. 2. Mulighet for unntak på samme betingelser er innfortolket i Grunnloven § 102. Vernet mot vilkårlig frihetsberøvelse etter EMK artikkel 5 gjelder ikke ovenfor personer med psykiske lidelse, forutsatt at det foreligger lovhjemmel og en vurdering av frihetsberøvelsens forholdsmessighet.

Praksis fra EMD viser at retten til å bestemme selv kan begrenses ovenfor personer med psykiske lidelser forutsatt at det foreligger *strenge rettslige krav* knyttet til slik behandling. Inngrepet må være *strengt nødvendig* og det må foretas en forholdsmessighetsvurdering. Statene har en snever skjønnsmargin knyttet til hva som utgjør et forholdsmessig inngrep ovenfor pasienter med psykiske lidelser med beslutningskompetanse som ikke utgjør en fare for seg selv eller andre. Dagens lovgivning åpner bare for tvungent psykisk helsevern i faretilfellene av personer som er beslutningskompetente.

Retten til liv innebærer at staten må vurdere en pasients beslutningskompetanse før pasientens eget ønske om å avslutte behandling, respekteres. Har pasienten ikke beslutningskompetanse, og avsluttet behandling fører til døden, kan dette utgjøre et brudd på EMK artikkel 2. EMK artikkel 2 og Grunnloven § 94 (retten til liv) oppstiller også visse positive forpliktelser for å ivareta pasientens rett til liv og helse dersom hen er innlagt ved institusjon, og kan inneholde visse positive forpliktelser for å ivareta andres rett til liv.

Både ØSK-komiteen og CRPD-komiteen er kritiske til Norges bruk av tvungen behandling ovenfor personer med psykiske lidelser. ØSK-komiteen åpner imidlertid oppfor at tvungen behandling kan begrunnes i retten til helse etter artikkel 12 i særlige tilfeller. CRPD-komiteen mener derimot at tvangsbruk ovenfor personer med psykiske lidelser ikke er i tråd med konvensjonens diskrimineringsforbud. Dette gjelder også faretilfellene.

Norge har samtidig avgitt en tolkningserklæring som representerer det norske synet på CPRD artikkel 12, 14 og 25. Erklæringen innebærer at norske myndigheter anser det å anvende tvungent vern og tvungen behandling ovenfor pasienter med alvorlig sinnslidelse – forutsatt at det er strengt nødvendig og innenfor juridiske rammer – er forenlig med CRPD artikkel 14 og 25. Dessuten vil retten til liv etter EMK artikkel 2 og Grunnloven § 93 i noen tilfeller innebære at

en fortolkning i tråd med CRPD-komiteens uttalelser kunne medføre et brudd på både EMK og Grunnloven (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022). CRPD-komiteens fortolkning av CRPD artikkel 14 må søkes å forenes med de positive forpliktelsene Norge også har knyttet til retten til liv etter EMK artikkel 2 og Grunnloven § 93. Selv om EMK så langt det er mulig skal harmoniseres med andre internasjonale menneskerettskonvensjoner – herunder CRPD – tilsier rettspraksis fra EMD at bruk av tvang i psykisk helsevern, under visse omstendigheter, er forenlig med, og tidvis også nødvendig, for å ivareta våre forpliktelser etter EMK.

For Norges del – som er folkerettslig forpliktet til å oppfylle både EMK og CRPD – må disse konvensjonene tolkes i tråd med det deres tilhørende overvåkningsorganer (EMD og CRPD-komiteen) uttaler om innholdet i de respektive konvensjonene. EMD har sentral vekt i norsk rett, mens den rettskildemessige vekten av CRPD-komiteens generelle kommentarer derimot er mindre klarlagt. EMD har forholdt seg aktivt til CRPD-konvensjonen ved tolkningen av EMK, for å finne løsninger som kan forene begge konvensjoner. Det vises for eksempel til saken Arnar Helgi Lárusson mot Island fra 2022. CRPD-komiteen har ikke gjort det samme hva gjelder spørsmål om hvordan CRPD skal forenes med EMK. For Norges del er det sentrale å utforme, tolke og praktisere norsk rett på en måte som er forenlig med begge konvensjonene.

# 6 Hvordan har bruken av tvang i psykisk helsevern utviklet seg etter 2017?


## Oppsummering

- I 2022 ble 6 700 pasienter tvangsinnlagt til sammen 9 400 ganger. 45 prosent av tvangsinnleggelsene ble innledet med tvungen observasjon og anslagsvis 20 prosent av innleggelsene gjaldt en overføring fra TUD. Antall vedtak om behandling uten samtykke er nesten tredoblet siden 2016 og de geografiske forskjellene har økt.

- Antall tvangsinnleggelser har økt mer etter 2017 enn det som kan forventes fra befolkningsveksten. Mye av den observerte økningen i tvangsinnleggelser er knyttet til innleggelse av pasienter som allerede var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Tvungen observasjon brukes omtrent like ofte som før 2017, men praksisen er ulik foretakene imellom.

- Et økende antall pasienter overføres til TUD ved utskrivning fra tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, og i gjennomsnitt er disse tvangsinnleggelsene kortere enn andre opphold under tvungent psykisk helsevern.

- En økende andel av de pasienter som legges inn i psykisk helsevern har hatt kontakt med legevakt i den siste tiden før innleggelse. Dette indikerer økt terskel for innleggelse, men gjelder både tvangsinnlagte pasienter og øvrige.

- Det er et økende antall vedtak om ikke-etableringer av tvungent vern ved innleggelse. Dette indikerer økt terskel for etablering av tvunget vern etter 2017. I 2022 var det 5 400 innleggelser av denne typen i psykisk helsevern.

- På aggregert nivå har varigheten av døgnopphold der pasienten er underlagt tvungent vern endret seg lite fra 2016 til 2022. Én av fire som skrives ut fra et døgnopphold basert på tvang reinnlegges innen 30 dager. Resultatet gjelder også for ikke-etableringer. For pasienter med rus som tilleggsdiagnose, har andelen som blir reinnlagt økt etter 2017, men på aggregert nivå er det ingen større endringer i sannsynlighet for reinnleggelse fra 2016 til 2022.

- Av 9 700 pasientene som ble henvist til og/ eller innlagt under tvungent vern i 2021, hadde om lag 1 100 pasienter til sammen fem eller flere akuttinnleggelser ila en periode på ett år. Denne gruppen av gjengangere har blitt noe større etter 2017. Pasienter med rus som tilleggsproblematikk har i gjennomsnitt flere akutt- og tvangsinnleggelser enn andre pasienter.

- Bruk av farevilkåret har økt noe etter 2017, men flertallet av pasientene tvangsinnlegges fortsatt med begrunnelse i behandlingsvilkåret. Fare for andre ble i 2020 rapportert for 650 pasienter. Det er 10 prosent av de pasientene som i løpet av dette året hadde vært tvangsinnlagt én eller flere ganger.

## 6.1 Innledning

Av 185 000 pasienter i aldersgruppen 16 år eller eldre som i løpet av 2022 hadde vært til behandling i en offentlig finansiert poliklinikk, på et distriktspsykiatrisk senter (DPS) eller i en psykiatrisk sykehusavdeling i psykisk helsevern, var det 11 600 som hadde hatt én eller flere erfaringer med bruk av tvang i forbindelse med innleggelse eller behandling dette året. Det var 18 prosent flere enn i 2016 og økningen gjenfinnes for flere tvangsformer og måleparametere.

Målet om redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler til de regionale helseforetakene, og helsemyndighetene har lenge fulgt tvangsstatistikken tett. Utvalget er kjent med at både registerdata og andre kilder over tid har vist store og vedvarende geografiske forskjeller i bruk av tvang i psykisk helsevern og at dette har gitt grunnlag for en antagelse om praksisforskjeller i tjenesten og ulik terskel for tvangsbruk.

Samtykkebestemmelsen som ble tatt inn i psykisk helsevernloven av 1. september 2017 gav forventning om reduksjon i bruk av tvang, og Helsedirektoratets evalueringsrapport fra 2020 (Bremnes et al., 2020) synliggjorde også en nedgang for flere tvangsindikatorer i siste del av 2017. Effekten synes imidlertid å ha vært kortvarig. Tvangsstatistikk som er publisert for perioden etter 2018 tyder ikke på fortsatt nedgang i bruk av tvang i psykisk helsevern, og etter at loven trådte i kraft har det kommet tilbakemeldinger om at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan ha bidratt til økt tvangsbruk totalt sett fordi pasienter må være sykere før de kan behandles under tvungent vern eller fordi pasienter som har gjenvunnet sin samtykkekompetanse velger å avslutte virksom behandling og derfor får tilbakefall.

Dette kapitlet beskriver utviklingstrekk for tvangsbruk i psykisk helsevern i perioden 2016-2022, med særlig oppmerksomhet på endringer som kan knyttes til lovendringene i 2017. Formålet med gjennomgangen er å belyse mandatpunkter som gjelder praksisendringer og praksisforskjeller for tvungent vern og å undersøke om registerdata indikerer uønskede endringer i pasientforløp etter 2017. Statistikk og analyser er i hovedsak basert på aktivitetsdata for psykisk helsevern fra Norsk pasientregister (NPR) og informasjon om legevaktkontakter fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), heretter også omtalt som registerdata eller registerdata-analyser. Analyseressurser i Helsedirektoratet har bearbeidet og tilrettelagt datagrunnlagene for utvalgets formål, som et supplement til og en forlengelse av de analysene som ble gjort i forbindelse med evalueringsrapporten fra 2020. Mange av innspillene til utvalget peker på rus som en særlig kompliserende faktor i vurderinger knyttet til samtykkekompetanse, og utvalget har derfor spesielt bedt om at betydningen av rus belyses.

Samtykkebestemmelsen treffer primært aldersgruppen 16 år og eldre og gjelder tvungen observasjon (phvl. § 3-2), tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3) og behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4). Gjennomgangen er derfor avgrenset til å belyse utviklingstrekk for disse tvangsformene og denne aldersgruppen.

## 6.2 Hvordan tallfestes bruk av tvang i psykisk helsevern og hvilke begreper brukes i kapitlet?

### Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

En pasient kan underlegges tvungent psykisk helsevern (TPH) hvis vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt. Dersom det først er behov for å avklare nærmere om vilkårene er oppfylt, kan pasienten underlegges tvungen observasjon (TO) i inntil 10 dager. TO kan forlenges i ytterligere 10 dager etter henvendelse og involvering av kontrollkommisjonen. Det

er et grunnvilkår for tvungent psykisk helsevern at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og enten har behov for behandling (behandlingsvilkåret) eller er til fare for eget eller andres liv eller helse (farevilkåret). Etter lovendringene fra 2017, kan ikke tvungent psykisk helsevern lenger etableres eller opprettholdes for samtykkekompetente pasienter som ikke utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det tvungne vernet kan gjennomføres med eller uten døgnopphold i institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 3-5. En pasient som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern *med døgnopphold*, må oppholde seg på en døgninstitusjon i det psykiske helsevernet. Pasienten kan holdes tilbake med tvang dersom det er behov for det. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) innebærer at pasienten bor hjemme eller i kommunal institusjon, men regelmessig må møte til behandling/ kontroll på et sykehus eller et distriktspsykiatrisk senter. Tvungent psykisk helsevern starter vanligvis med opphold i døgninstitusjon og kan, når pasienten skrives ut, etterfølges av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Tvungent psykisk helsevern kan imidlertid også etableres uten døgnopphold når pasienten er kjent i den enhet hvor vedtaket fattes.

Før det tvungne vernet kan etableres, er hovedregelen at pasienten skal undersøkes av to leger, som begge skal vurdere de aktuelle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, herunder også vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Den ene av disse legene, i rapporten omtalt som ***henvisende lege***, skal være uavhengig av den institusjonen der tvangen etableres. Denne første vurderingen gjøres oftest av pasientens fastlege eller av lege i legevakt som kan ***henvise pasienten for innleggelse på tvangsparagraf*** dersom vilkårene vurderes å være oppfylt. Den andre undersøkelsen finner sted i mottakende institusjon, der faglig ansvarlig treffer vedtak om etablering eller ***ikke-etablering***. Ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan pasienten ***tvangsinnlegges***. Ved ikke-etablering kan pasienten fortsatt legges inn for døgnbehandling, men da på frivillig grunnlag. Pasienten kan også tvangsinnlegges på grunnlag av et vedtak om overføring fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Slike innleggelser vil videre være omtalt som ***innlagt fra TUD***. I kapitlet og andre steder i rapporten omtales alle innleggelser og døgnopphold der pasienten er henvist og/ eller innlagt under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern som ***innleggelser/opphold basert på tvang***.

### Behandling uten eget samtykke

Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, kan også undersøkes og behandles uten eget samtykke på visse vilkår, jf. psykisk helsevernloven § 4-4. Ved lovendringene i 2017 ble det innført krav om at pasienten da må mangle samtykkekompetanse med mindre vedkommende er til fare for eget liv eller andres liv eller helse. Behandlingen må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis og kan for eksempel bestå i behandling med legemidler eller tvungen ernæring. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke krever et eget vedtak i tillegg til vedtaket om tvungent psykisk helsevern. Også i de tilfellene der pasienten ikke motsetter seg behandlingen, men mangler samtykkekompetanse, må det fattes vedtak for å gjennomføre behandling etter gjeldende lovverk.

### Tvangsmidler

Tvangsmidler skal ikke være en del av den planlagte behandlingen i psykisk helsevern, men kan benyttes i akutte situasjoner dersom det er uomgjengelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre eller for å avverge betydelige materielle skader. Vilkårene

for bruk av tvangsmidler er angitt i psykisk helsevernloven § 4-8, som skiller mellom fire typer tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler (herunder belteseng), korttidsvirkende legemidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon) og kortvarig fastholding. Tvangsmidler kan anvendes overfor pasienter som er innlagt i institusjon for døgnopphold. Dette gjelder også frivillig innlagte pasienter.

Samtykkevilkåret retter seg ikke mot denne type tvang i psykisk helsevern. Dersom det likevel er slik at lovendringene fra 2017 har bidratt til en utvikling der pasienter blir sykere før de legges inn, kan økt bruk av tvangsmidler være en utilsiktet sideeffekt av lovendringene. Slike effekter av samtykkebestemmelsen kan ikke utelukkes, og dette er omtalt i kapittel 8. Utvalget mener likevel at andre forhold kan bety mer for institusjonenes bruk av tvangsmidler enn samtykkevilkåret. Akuttpsykiatrisk avdeling ved Lovisenberg sykehus har for eksempel vist hvordan det er mulig å oppnå reduksjon i tvangsmiddelbruken ved å jobbe systematisk og kontinuerlig med forebygging og holdningsendringer. Arbeidet er omtalt flere steder, blant annet i en artikkel fra 2016 (Veland et al., 2016).

#### Befolkningskorrigerte rater benyttes for å beskrive forskjeller og endring

Forskjeller mellom geografiske områder av ulik størrelse kan studeres ved å sammenligne befolkningskorrigerte rater for et fenomen. For eksempel kan man sammenligne antall innleggelser eller pasienter *per innbygger* i to kommuner for å få inntrykk av forskjeller i befolkningens bruk av helsetjenester i disse to kommunene. Dette omtales gjerne som innleggelses- og pasientraten. Samme tilnærming kan benyttes for å korrigere ut betydningen av befolkningsvekst ved sammenligning mellom år. Store geografiske forskjeller i slike befolkningskorrigerte rater for bruk av tvang indikerer praksisforskjeller i helsetjenesten, men kan for eksempel også handle om forskjeller i befolkningssammensetningen.

For å ivareta sammenlignbarhet mellom år og for å synliggjøre forskjeller mellom geografiske områder med ulikt befolkningsgrunnlag, presenteres resultatene i kapitlet i noen sammenhenger som slike rater. Alle rater er beregnet per innbygger i aldersgruppen 16 år og eldre siden de aktuelle tvangsformene bare kan anvendes i behandling av pasienter i denne aldersgruppen.

## 6.3 Forventning om at samtykkevillkåret ville gi mindre bruk av tvang etter 2017

Bruk av tvang i psykisk helsevern vil påvirkes av flere forhold, men isolert var manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten samtykke forventet å redusere bruken av disse tvangsformene i psykisk helsevern. Det nye vilkåret var først og fremst innrettet mot å bidra til en nedkorting av tvangsforløpene, men bestemmelsen kunne også tenkes å øke terskelen for henvisning, innleggelse og behandling under tvungent vern. Det fremgår av forarbeidene til lovendringene at redusert bruk av tvang var en ønsket og forventet effekt (Prop. 147 L (2015-2016), 2016).

Samtykkevilkåret styrker selvbestemmelsesretten for pasienter som vurderes å være samtykkekompetente og kan i praksis gi personer med alvorlig sinnslidelse mulighet til å takke nei til behandling de ikke ønsker, men som helsepersonell eller pårørende kan mene at de behøver. Før lovendringene i 2017, var det knyttet bekymring til at personer med alvorlig sinnslidelse kunne unndra seg adekvat behandling som følge av bestemmelsen, og at lovendringene kunne gi en situasjon der behandlingen kom i gang for sent eller ble avsluttet for tidlig. Enkeltpasienter kunne bli sykere og/eller vanskeligere å behandle og konsekvensen av

dette kunne bli gjentatte og lengre tvangsbehandlingsperioder. Dette poenget trekkes også frem i flere av de innspillene som har kommet til utvalget. Norsk psykiatrisk forening sier for eksempel:

> På den ene siden er det viktig med autonomi, på den andre siden er det svært uheldig i de tilfellene der autonomien frarøver pasienter tilgang til best mulig behandling. Spesielt gjelder det pasienter som blir friske av behandling, som gjenvinner sin samtykkekompetanse, men ikke sin innsikt, og som skrives ut fra tvungent vern. Behandlingen avsluttes før tilstrekkelig bedring er oppnådd, og risikoen for tilbakefall er stor. Slike «svingdørsforløp» er ikke faglig gunstig, og anses forbundet med dårlig prognose.

I tvangsstatistikken vil en slik endring i pasientforløpene kunne utligne den eventuelle nedgangen i tvangsbruken som følger av samtykkevilkåret.

## 6.4 Begrensninger i registerdata og kompliserende faktorer i fortolkning av utviklingstrekk

### Mangler opplysninger som er avgjørende for vurdering av endringer i forløp

Registerdata gir dessverre ikke informasjon om pasientenes symptomtrykk eller om når det tvungne vernet opphører. Informasjon om gjennomføringen av TUD er også begrenset. Dette betyr at det ikke er mulig å undersøke endringer i varighet av tvungent vern fra registerdata. Analysene vil heller ikke kunne gi svar på om pasientene er sykere ved etablering eller reetablering av tvungent vern. For likevel i noen grad å kunne belyse spørsmålet om endring i forløp etter 2017, har utvalget spesifikt bedt Helsedirektoratet om å undersøke om registerdata viser endringer i reinnleggelsesrater eller i antall pasienter med gjentatte akuttinnleggelser. Helsedirektoratet er også bedt om å undersøke om varigheten av døgnbehandling for tvangsinnlagte pasienter har endret seg.

### Mangelfull rapportering av vilkår etter 2020

Mandatet ber utvalget eksplisitt om å belyse utvikling i bruk av farevilkåret etter 2017. Informasjon om vilkår er en del av rapporteringsplikten til Norsk pasientregister (NPR), men Helsedirektoratet påpeker at informasjon om vilkår for tvungent psykisk helsevern er mangelfull. Rapporterte tall for perioden 2016-2020 er å anse som minimumsestimater. Etter 2020 kan ikke foreliggende registerdata benyttes for vurdering av nasjonale utviklingstrekk da informasjon om vilkår ikke er overført til NPR etter endringer i foretakenes journalsystemer.

### Endringer i vedtakspraksis for samarbeidende pasienter

Kravet om å fatte tvangsvedtak overfor pasienter med en alvorlig sinnslidelse som mangler samtykkekompetanse, men samarbeider om behandlingen (pbrl. § 4-3 femte ledd) ble innført allerede i 2007. Samtykkebestemmelsens eksplisitte krav til vurdering av samtykkekompetanse har imidlertid aktualisert og tydeliggjort dette lovkravet og sannsynligvis gradvis bidratt til justering av vedtakspraksis i årene etter 2017. Endringen er nærmere omtalt i kapittel 8.

En konsekvens av denne praksisendringen kan være at selv om tvungent vern brukes mindre eller avsluttes raskere for én gruppe av pasienter etter 2017, har trolig en ny gruppe av *samarbeidende pasienter* samtidig kommet til i populasjonen av pasienter underlagt tvungent vern og bidratt til en økning i tvungent psykisk helsevern. I tvangsstatistikken vil dette bidra til

en økning i ulike måleparametre for bruk av tvang, selv om praksisendringen trolig har betydd mindre for tjenestens utøvelse eller pasientenes opplevelse av tvang i disse tilfellene. Utvalgets vurdering er at dette spesielt kan påvirke indikatorer som gjelder TUD og behandling uten samtykke. Analysegrunnlagene gir ingen informasjon som gjør det mulig å identifisere de pasientene dette eventuelt gjelder. De ulike effektene kan derfor ikke isoleres i de deskriptive analysene som er gjennomført, og de vil også helt eller delvis kunne bidra til å utligne hverandre. Dette kompliserer fortolkningen av tvangsstatistikk og andre utviklingstrekk som observeres i datagrunnlagene. Utvalget vil derfor påpeke at de kvantitative analysene som presenteres i dette kapitlet vil derfor være et bidrag til kunnskapsgrunnlaget, men at det må ses i sammenheng med og fortolkes i lys av andre typer analyser og de erfaringer som er delt med utvalget gjennom innspill fra berørte aktører.

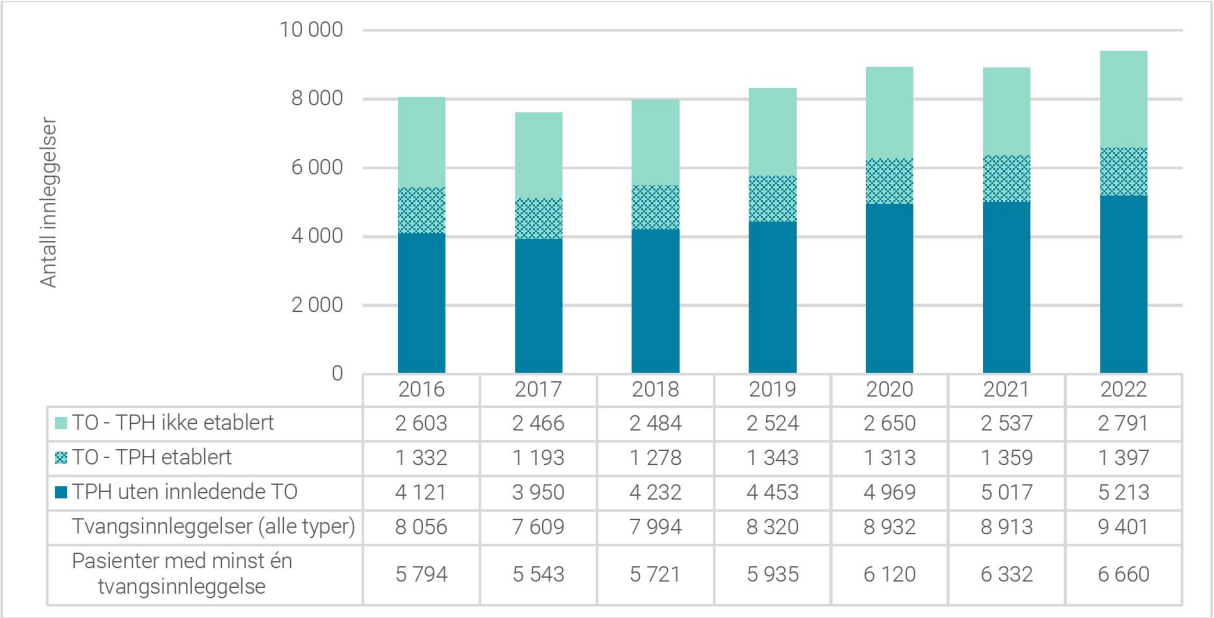
## 6.5 Utviklingstrekk for tvungent psykisk helsevern

### 6.5.1 Flere tvangsinnleggelser etter 2017

Registerdata viser at det var 9 400 tvangsinnleggelser fordelt på 6 700 pasienter i psykisk helsevern i 2022. Det betyr at det var 17 prosent flere tvangsinnleggelser i 2022 enn i 2016, og dette er en økning på 10 prosent utover befolkningsveksten i perioden. 45 prosent av tvangsinnleggelsene ble innledet med tvungen observasjon i 2022 og tvungent psykisk helsevern ble etablert for én av tre observasjonsopphold. Det er imidlertid de tvangsinnleggelsene der tvungent psykisk helsevern etableres uten innledende observasjon som øker. Tallene for tvungen observasjon er derimot forholdsvis stabile gjennom perioden og uendret i forhold til befolkningstallet.

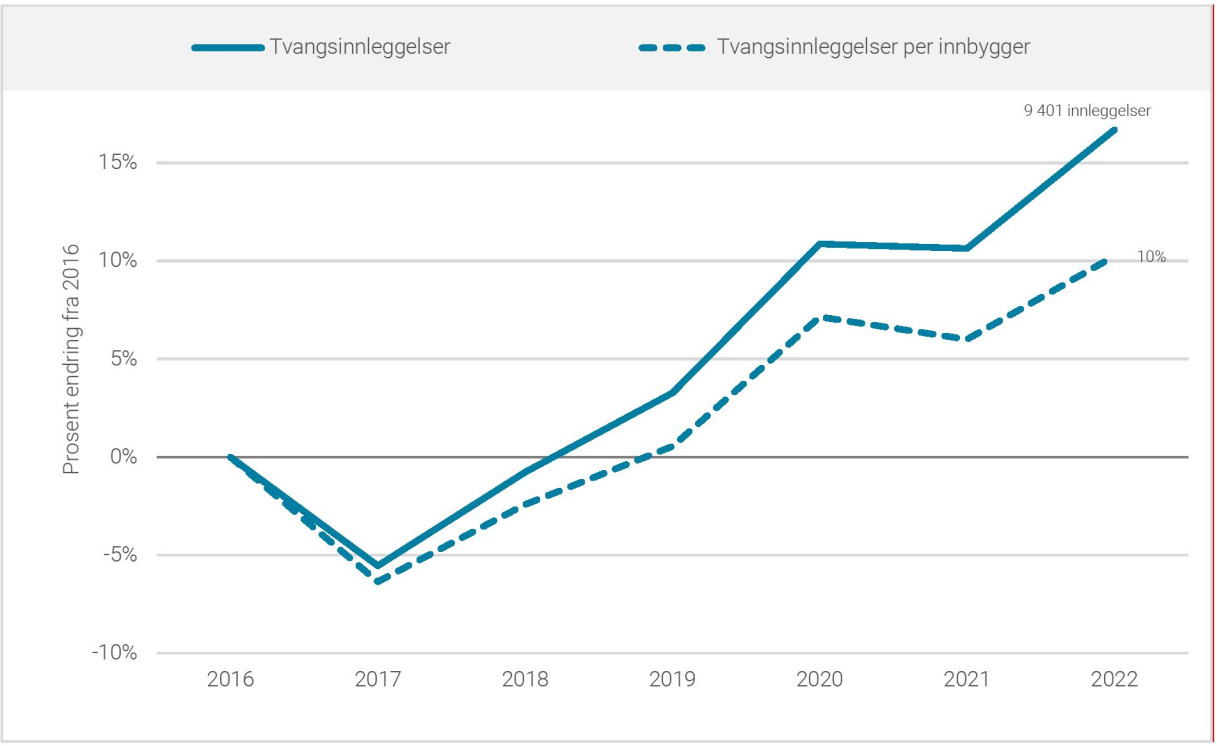
Det meste av den observerte økningen i tvangsinnleggelser skjer i siste del av perioden som studeres, og aller størst var økningen i tilknytning til pandemiåret 2020 da tilgangen til helsehjelp trolig var redusert som følge av smittebegrensende tiltak og omprioritering av ressurser i helsetjenesten. Analysene gir ikke grunnlag for å etablere klare årsakssammenhenger, men utvalget mener at dette peker i retning av at helsetjenestens bruk av tvang ved innleggelse i psykisk helsevern kan være sensitiv for forhold som påvirker kapasitet og tilgjengelighet i tjenesten. Observasjonen illustrerer at det er grunn til å være oppmerksom på flere mulige forklaringsfaktorer bak eventuelle endringer i pasientforløp og utvikling i bruk av tvang etter 2017.

Utviklingen i perioden og fordeling mellom ulike typer av tvangsinnleggelser er vist i figur 6.1 og 6.2 med tilhørende tabell. «TO – TPH ikke etablert» er tvangsinnleggelser under vedtak om tvungen observasjon der tvungent psykisk helsevern ikke etableres. «TO – TPH etablert» er tvangsinnleggelser som innledes med tvungen observasjon, og der tvungent psykisk helsevern etableres. «TPH uten innledende TO» er tvangsinnleggelser der tvungent psykisk helsevern etableres direkte og uten innledende observasjon. En del av disse innleggelsene vil gjelde pasienter innlagt fra TUD.




| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TO - TPH ikke etablert | 2 603 | 2 466 | 2 484 | 2 524 | 2 650 | 2 537 | 2 791 |
| TO - TPH etablert | 1 332 | 1 193 | 1 278 | 1 343 | 1 313 | 1 359 | 1 397 |
| TPH uten innledende TO | 4 121 | 3 950 | 4 232 | 4 453 | 4 969 | 5 017 | 5 213 |
| Tvangsinnleggelser (alle typer) | 8 056 | 7 609 | 7 994 | 8 320 | 8 932 | 8 913 | 9 401 |
| Pasienter med minst én tvangsinnleggelse | 5 794 | 5 543 | 5 721 | 5 935 | 6 120 | 6 332 | 6 660 |

Figur 6.1: Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i perioden 2016-2022, fordelt etter type.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

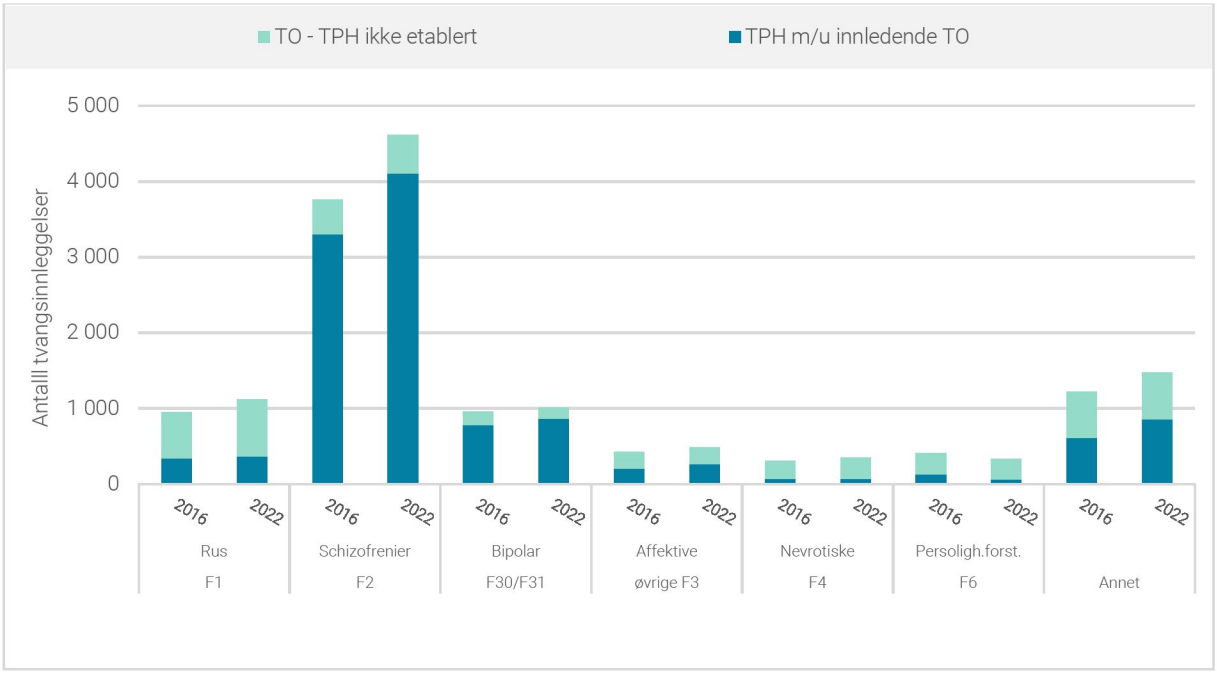



Figur 6.2: Prosentvis endring i tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i perioden 2016-2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

### 6.5.2 Noe vridning i pasientpopulasjonen

Av figur 6.3 fremgår det at schizofreni (ICD-10, kapittel F2) er den klart vanligste hoveddiagnosen for pasienter som legges inn under tvungent vern. Det er også slik at den største delen av økningen i tvangsinnleggelser gjelder pasienter med denne hoveddiagnosen, men økningen fra 2016 til 2022 gjelder alle hoveddiagnosegrupper med unntak for personlighetsforstyrrelse (ICD-10, kapittel F6).

Tvungen observasjon som ikke leder til vedtak om tvungent psykisk helsevern er den vanligste typen tvangsinnleggelser for pasienter der rus (ICD-10, kapittel F1), nevrotiske lidelser (ICD-10, kapittel F4) eller personlighetsforstyrrelse var angitt som hoveddiagnose, og dette gjelder både i 2016 og i 2022.



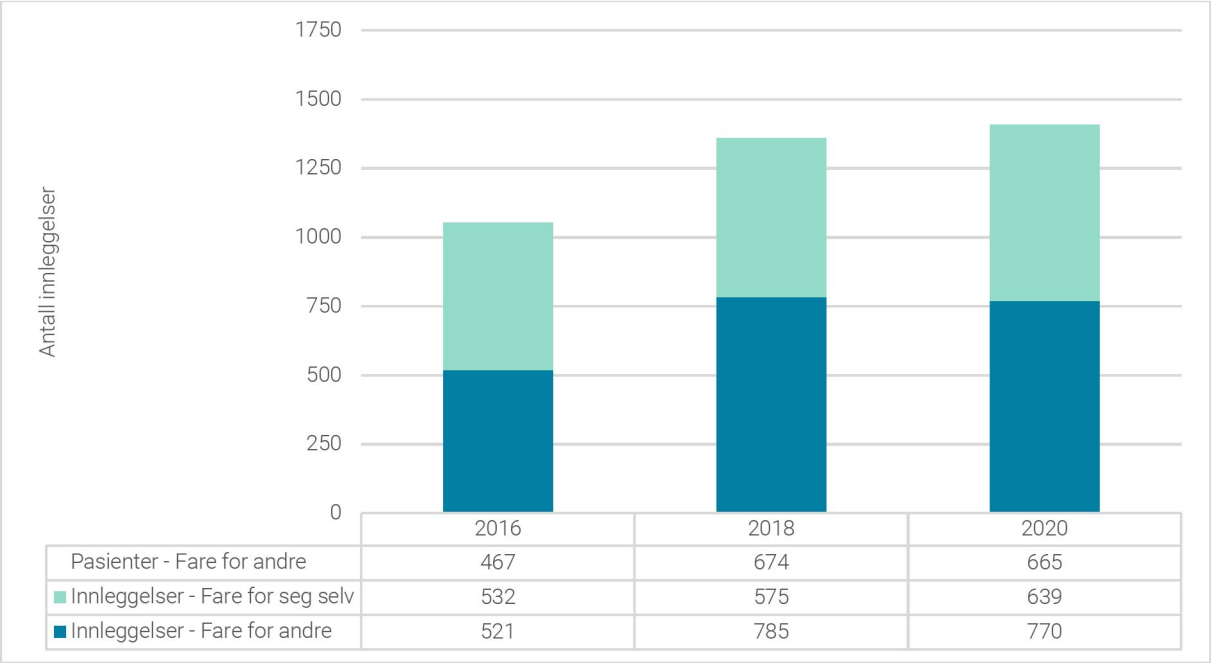

Figur 6.3: Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2016 og 2022. Absolutte tall, fordelt etter pasientens hoveddiagnose (jf. hovedkapittel i ICD-10).
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

### 6.5.3 Hvordan har praktisering av farevilkåret utviklet seg etter 2017?

Figur 6.4 viser antall innleggelser der pasienten var holdt tilbake under tvungent vern og der fare var angitt som vilkår. I 2016 var fare angitt som vilkår for tvungent psykisk helsevern i 1 100 av døgnoppholdene, det vil si for om lag 20 prosent av slike døgnopphold dette året. I 2020 hadde antallet økt til 1 400 døgnopphold og andelen var da 23 prosent.

Selv om det, som beskrevet over, er beheftet noe usikkerhet ved rapporterte registerdata på dette området, tyder utviklingen på noe økning i bruk av farevilkåret etter 2017. Fare benyttes likevel fortsatt bare for et mindretall av tvangsinnleggelsene. Økningen i bruk av farevilkåret gjelder særlig fare for andre.

I rapporterte aktivitetsdata for 2020 var fare for andre rapportert for 665 personer. Dette er om lag 10 prosent av de pasientene som i løpet av året hadde vært tvangsinnlagt i psykisk helsevern.




| | 2016 | 2018 | 2020 |
|---|---|---|---|
| Pasienter - Fare for andre | 467 | 674 | 665 |
| Innleggelser - Fare for seg selv | 532 | 575 | 639 |
| Innleggelser - Fare for andre | 521 | 785 | 770 |

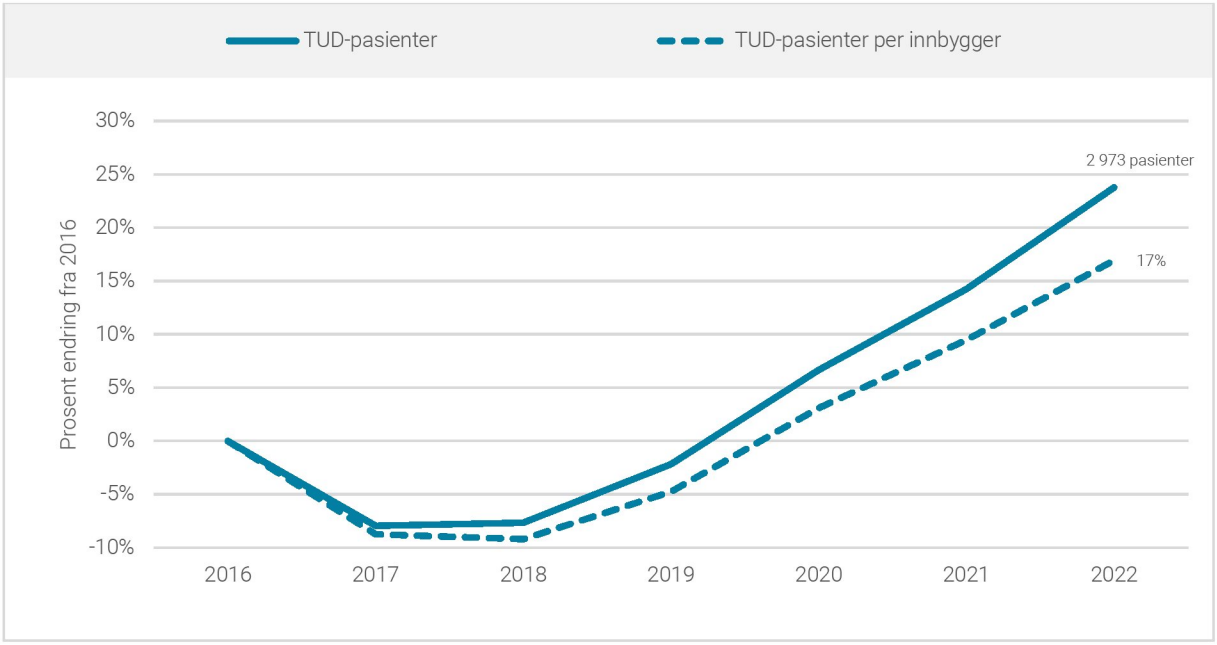
Figur 6.4: Bruk av farevilkåret ved innleggelse under tvungent psykisk helsevern i 2016, 2018 og 2020.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

### 6.5.4 Økt bruk av TUD

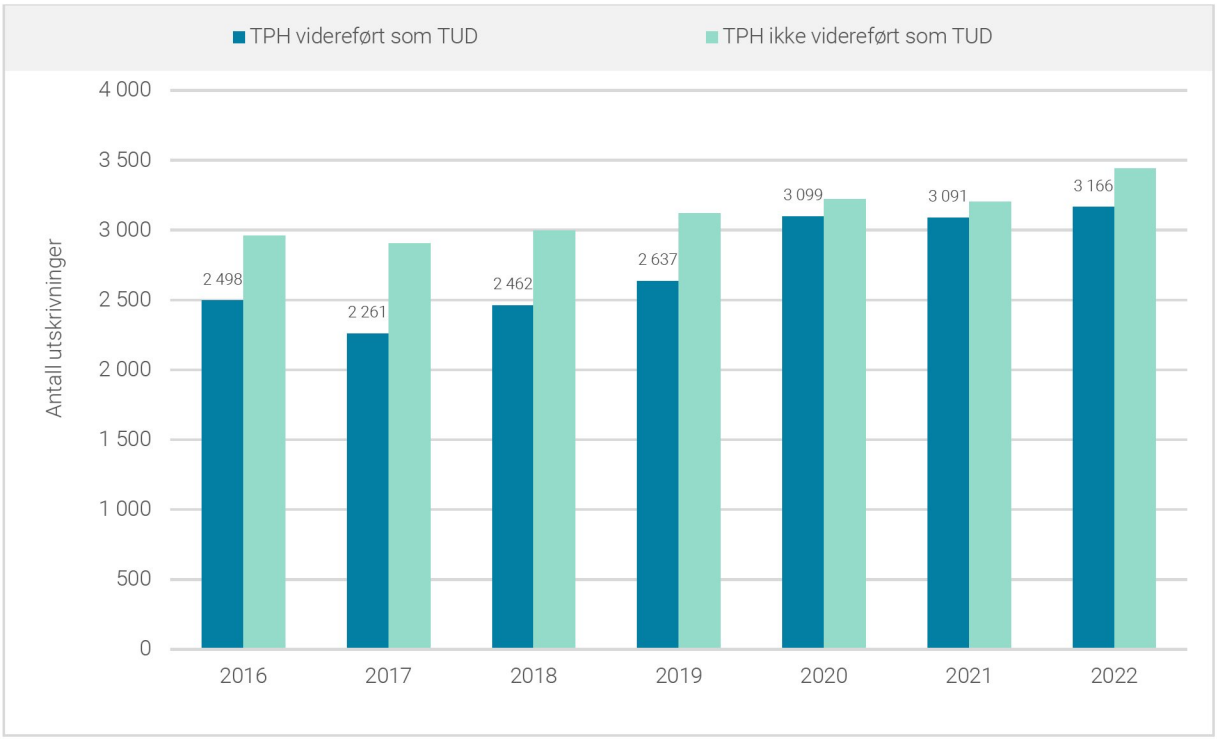
Tvungent psykisk helsevern kan, som beskrevet over, gjennomføres både med og uten døgnopphold. Etableringen skjer oftest i tilknytning til en innleggelse i døgnavdeling, men for mange av pasientene videreføres det tvungne vernet også etter at pasienten skrives ut.

Registerdata for 2022 viser at om lag 3 000 pasienter hadde vært underlagt TUD i løpet av dette året. Flertallet av TUD-vedtakene gjaldt pasienter der schizofreni (ICD-10, kapittel F2) eller bipolar lidelse (ICD-10, kapittel F30/F31) var angitt som hoveddiagnose. Av alle de med hoveddiagnose schizofreni som ble behandlet i psykisk helsevern i 2022 hadde 19 prosent vært underlagt TUD hele eller deler av året. Tilsvarende andel for pasienter med bipolar lidelse var fire prosent.

Figur 6.5 viser at pasientraten for TUD har økt 17 prosent fra 2016, men 29 prosent fra 2018. Samme økende trend observeres i alle regioner. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold etableres vanligvis som en forlengelse av et tvungent døgnopphold, og figur 6.6 synliggjør at det de siste årene også har vært økning både i antall og andel overføringer til TUD ved utskrivning fra tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. 48 prosent av alle døgnopphold under tvungent psykisk helsevern ble videreført som TUD i 2022.




Figur 6.5: Prosentvis endring i pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) i perioden 2016-2022.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR




Figur 6.6: Utskrivninger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i perioden 2016 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Dersom en pasient under tvungent døgnopphold gjenvinner sin samtykkekompetanse vil det, etter lovendringene, ikke være grunnlag for å videreføre det tvungne vernet som TUD eller fortsette behandling uten eget samtykke av pasienten gitt at farevilkåret ikke er innfridd. Isolert sett er derfor grunnlaget for TUD innskjerpet med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Helsedirektoratets evalueringsrapport fra 2020 viste også at både

antall og andel overføringer til TUD var uendret fra 2016 til 2018, men at en mindre andel av befolkningen i alle regioner var underlagt slike vedtak i 2018 enn i 2016. Dette antydet, som forventet, en utvikling med raskere avslutning av det tvungne vernet de første årene etter lovendringene. Nedgang i kontrollkommisjonenes årskontroller for tvungent psykisk helsevern det første året etter lovendringene i 2017 pekte i samme retning. Data tilrettelagt for utvalget for perioden etter 2018 viser altså at bruken av TUD har økt etter 2018. De senere årene har det tilsvarende vært en økning i antall gjennomførte årskontroller, og en økende andel av pasientene er underlagt TUD på kontrolltidspunktet. Dette er omtalt i Helsedirektoratets årsrapport om kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern fra 2022 (Helsedirektoratet, 2021a).

Det er uvisst hva som ligger bak den økte bruken av TUD som observeres fra 2018 og om den er uttrykk for en ønsket praksisendring i gjennomføringen av det tvungne vernet. Utvalget anser det likevel som sannsynlig at de endringer i vedtakspraksis som er beskrevet innledningsvis, og som gjelder behandling av samarbeidende pasienter som mangler samtykkekompetanse, kan ha spilt en viss rolle. Selv om tvangsstatistikken viser at flere personer og en større andel av befolkningen var underlagt TUD i 2022 enn i 2016 kan det derfor likevel ikke utelukkes at det samtidig har vært en nedkorting av perioden under tvungent psykisk helsevern for noen pasienter eller grupper av pasienter. Tilbakemeldinger til utvalget tyder på en slik praksisendring, men uten informasjon om tidspunkt for opphør, kan ikke dette belyses nærmere fra registerdata.

### 6.5.5 Det meste av økningen i tvangsinnleggelser gjelder innleggelse fra TUD

Figur 6.1 viser at økningen i tvangsinnleggelser gjelder tvungent psykisk helsevern uten innledende observasjonsperiode. Dette kan enten være innleggelser i tilknytning til etablering av tvungent vern eller innleggelser der pasienten er innlagt fra TUD. Registerdata skiller ikke mellom disse inngangene til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, og begrepet *tvangsinnleggelser* som brukes i rapporten dekker derfor alle typer innleggelser der pasienten holdes tilbake i døgnavdeling under vedtak om tvungen observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Herunder også innleggelser fra TUD.

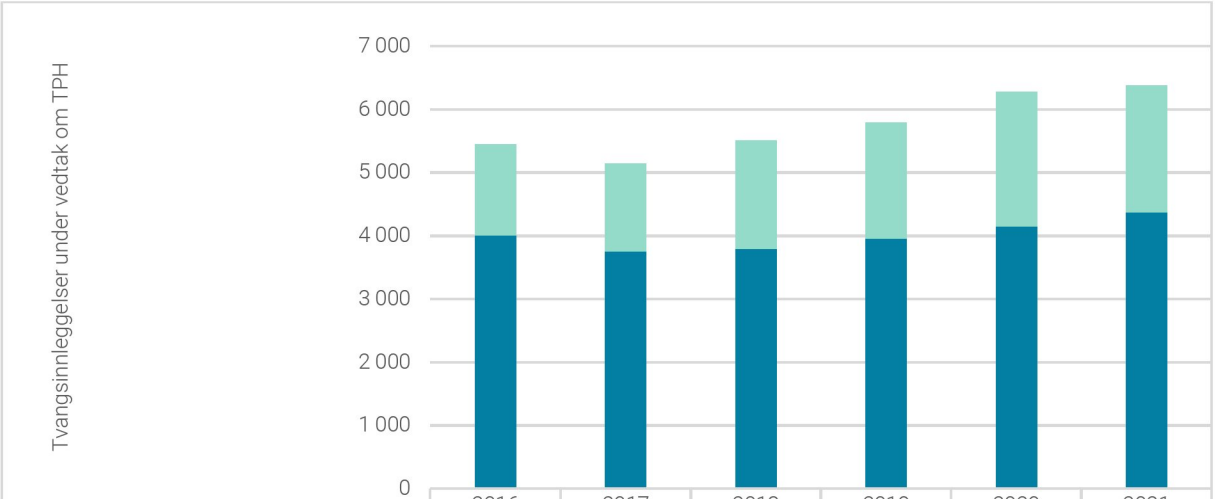
Når det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern, foretar kontrollkommisjonene en dokumentgjennomgang av vedtaket og underlagsdokumentene. Denne prosedyren gjennomføres for å sikre at lovens krav til fremgangsmåte er fulgt og at de grunnleggende vilkårene er vurdert. Helsedirektoratet mottar informasjon om disse dokumentkontrollene (KK-data), og statistikk over antall kontroller i perioden 2016–2021 er publisert i årsrapport for 2021 (Helsedirektoratet, 2021a).

Ifølge publiserte tall ble det i 2021 utført 4 372 kontroller av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern mot 4 009 i 2016. Dette tilsvarer en økning på fire prosent utover befolkningsveksten i perioden, altså vesentlig mindre enn den totale økningen i tvangsinnleggelser som er beskrevet over.

Ved å sammenstille registerdatas opplysninger om tvangsinnleggelser under tvungent vern med informasjon om gjennomførte dokumentkontroller, er det mulig å få et inntrykk av omfanget av innleggelser fra TUD. Dette er gjort i figur 6.7. Data fra de to kildene sett i sammenheng antyder at anslagsvis 60–65 prosent av veksten som observeres for tvangsinnleggelser kan knyttes til en økning i innleggelser fra TUD.

Det er uklart hva som ligger bak utviklingen, men som omtalt over, har bruken av TUD økt de siste årene. Varighet av tvungne døgnopphold og reinnleggelser etter utskrivning fra tvungent vern er omtalt i punkt 6.8. Av beskrivelsen fremgår det at tvungne opphold som videreføres

med TUD er noe kortere enn øvrige opphold under tvungent psykisk helsevern, men en høyere andel reinnlegges. Økt bruk av TUD kan derfor forklare en del av den observerte økningen i tvangsinnleggelser. Dette kan handle om at det tvungne vernet i økende grad forsøkes gjennomført uten døgnopphold, noe som i de fleste tilfeller er i tråd med pasientenes ønske.




| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Innlagt fra TUD (estimert verdi) | 1 444 | 1 387 | 1 708 | 1 839 | 2 131 | 2 004 |
| TPH etablert ila oppholdet (jfr. KK-data) | 4 009 | 3 756 | 3 802 | 3 957 | 4 151 | 4 372 |
| TPH totalt | 5 453 | 5 143 | 5 510 | 5 796 | 6 282 | 6 376 |
| Tvangsinnleggelser totalt | 8 056 | 7 609 | 7 994 | 8 320 | 8 933 | 8 913 |

Figur 6.7: Tvangsinnleggelser under vedtak om tvungent psykisk helsevern, herunder andel innlagt fra TUD i perioden 2016-2021. Kilde: Helsedirektoratet - NPR/ KK-data

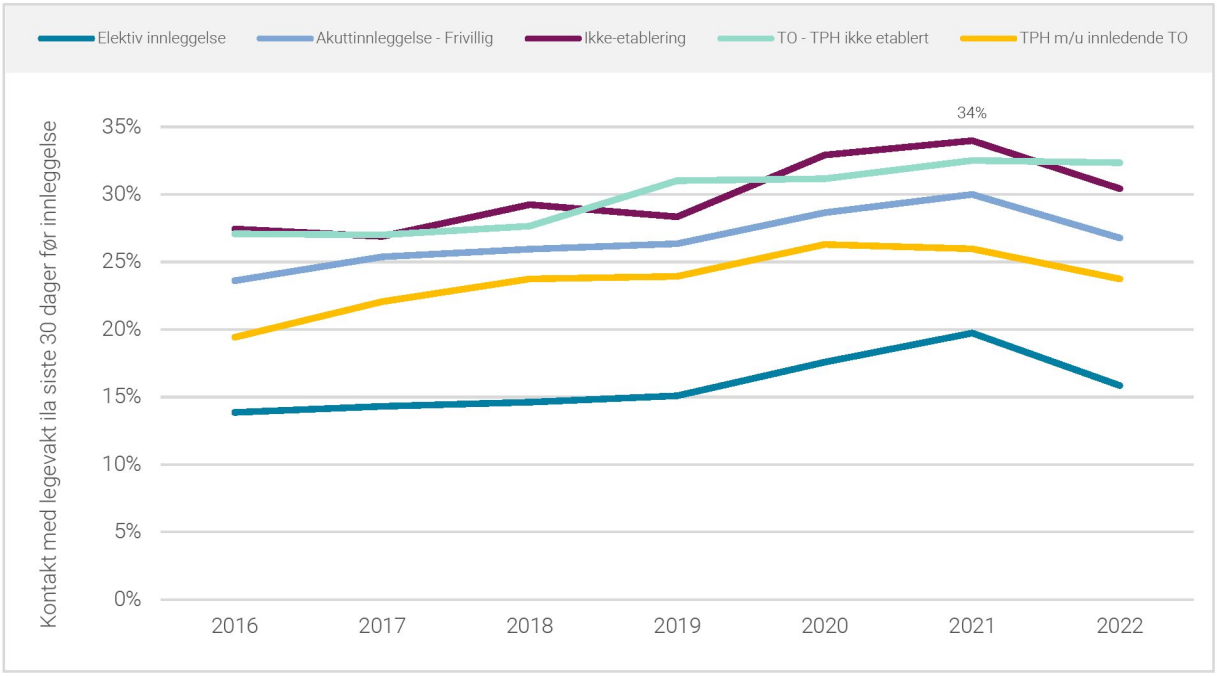
## 6.6 Er terskel for etablering av tvungent vern endret etter 2017?

### 6.6.1 Endret henvisningspraksis, men trolig ikke bare som følge av samtykkevilkåret

Også henvisende lege skal, fra 2017, ta stilling til vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Terskel for henvisning til tvungent vern kan derfor tenkes å være påvirket av lovendringene. Det totale antallet av henvisninger til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan ikke avledes sikkert fra registerdata, men den gjennomgangen som er gjort av rapporterte data for perioden 2016–2022 gir ikke grunnlag for å anta en reduksjon i slike henvisninger i perioden. Anslagsvis har det derimot vært en økning på 6-10 prosent, altså om lag eller noe mer enn det som kan forventes fra befolkningsveksten. Samtidig viser legevaktsdata rapportert til KPR at en økende andel av de pasientene som legges inn i psykisk helsevern hadde hatt én eller flere kontakter med legevakt siste 30 dager før de ble innlagt, men som ikke resulterte i innleggelse i psykisk helsevern, se fremstilling i figur 6.8.

Det kan være ulike grunner til å oppsøke legevakt, men utvalget legger til grunn at en legevaktkontakt som hovedregel vil dreie seg om behov for akutt helsehjelp og at det er sannsynlig at et besøk på legevakten kort tid før en innleggelse i psykisk helsevern er relatert til den psykiske lidelsen. Økningen i legevaktkontakter som ikke resulterte i innleggelse vurderes derfor å antyde økt terskel for henvisning til døgnbehandling etter 2017.

Registeranalysene viser at et slikt legevaktsbesøk i tiden før en innleggelse oftere forekommer før en ikke-etablering enn for andre typer innleggelser i psykisk helsevern. Tendensen i materialet er imidlertid den samme uavhengig av hvilket rettslig grunnlag som gjelder ved henvisning eller innleggelse i psykisk helsevern, og andelene var generelt noe høyere under koronapandemien i 2020 og 2021. At henvisers vurderinger i noen grad er påvirket av det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan ikke utelukkes. Utvalgets vurdering er likevel at siden økt bruk av legevakt før henvisning til psykisk helsevern ser ut til å være en generell tendens, er dette trolig en respons på flere forhold enn samtykkevilkåret alene. I innspill utvalget har mottatt fra Norsk forening for allmennmedisin pekes det for eksempel på døgnbehandling i psykisk helsevern som en knapp ressurs både ved frivillighet og tvang. De skriver «ikke sjelden må leger som ønsker å tilby innleggelse –frivillig eller under tvang – argumentere sterkt overfor sykehuset for at innleggelse er nødvendig».



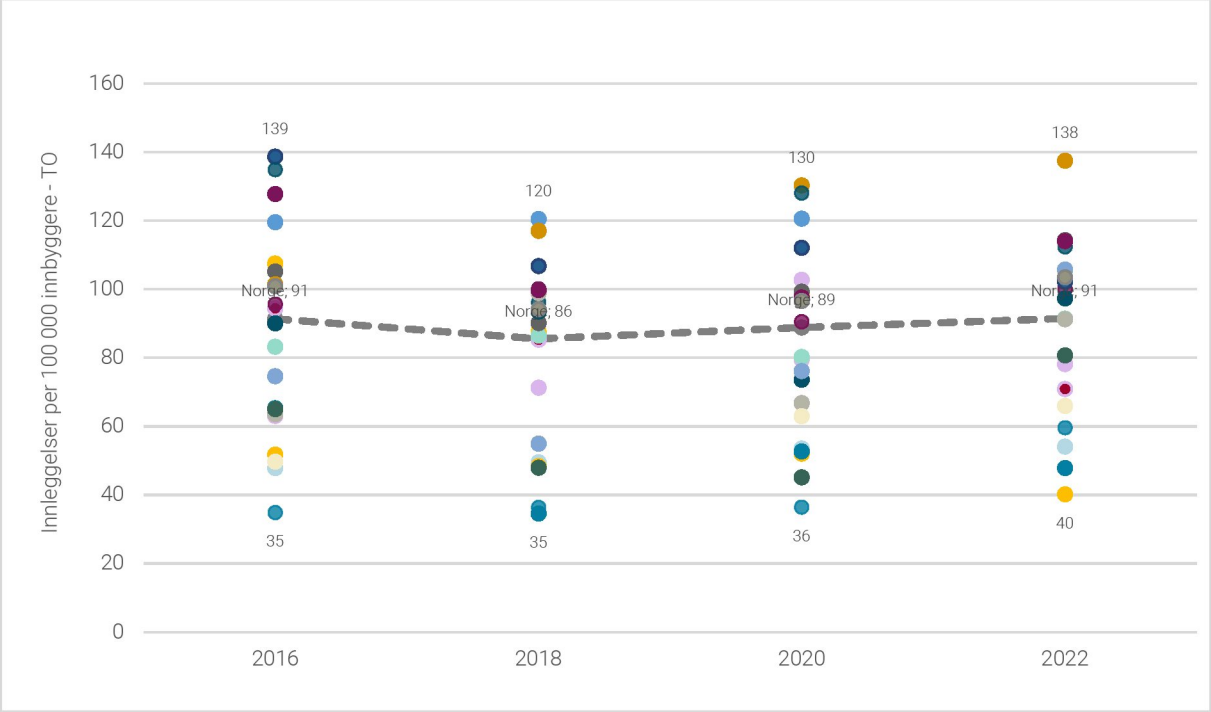

Figur 6.8: Legevaktkontakt uten innleggelse i løpet av 30 dager før innleggelse i psykisk helsevern i perioden 2016-2022. Angitt som andel av innleggelsene.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

### 6.6.2 Forhøyet terskel for tvungen observasjon?

En pasient kan først underlegges tvungent psykisk helsevern når vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt. Ved tvil kan vedtaksansvarlig fatte vedtak om tvungen observasjon for å avklare de aktuelle vilkårene. Likevel vil beviskravet til manglende samtykkekompetanse fra 2017 gjelde på samme måte for tvungen observasjon som for tvungent psykisk helsevern. Tvungen observasjon kan altså ikke brukes for å avklare hvorvidt pasienten mangler samtykkekompetanse.

Fra innspill utvalget har mottatt, er hovedinntrykk at beviskravet har vært praktisert strengt ved vurdering av samtykkekompetanse i psykisk helsevern, og ved tvil vurderes ikke vilkåret å være oppfylt. Informantene i SME-evalueringen (se omtale i kapittel 2) mener at denne sterke antagelsen om at pasienten er kompetent ved tvil også er styrende ved bruk av tvungen observasjon, mens det er større rom for tvil om øvrige vilkår for tvungent vern. Utvalget anser det derfor som sannsynlig at denne typen tvangsinnleggelser vil være mer påvirkelig av det nye

kravet om manglende samtykkekompetanse enn innleggelser der det tvungne vernet etableres uten en innledende observasjonsperiode. Dette kan ha gitt en forskyvning i praksis fra tvungen observasjon til ikke-etablering i årene etter 2017. Antagelsen støttes bare delvis av rapporterte data. Veksten i tvangsinnleggelser er primært knyttet til innleggelser uten en innledende observasjonsperiode. Figur 6.9, som presenterer helseforetakspesifikke innleggelsesrater for tvungen observasjon, viser at det ikke observeres noen tydelig nedgang i bruk av tvungen observasjon etter 2017. Samtidig illustrerer figuren at helseforetakene benytter tvungen observasjon i veldig ulik grad både før og etter 2017, men at forskjellene mellom helseforetakene var litt mindre i 2022 enn i 2017.

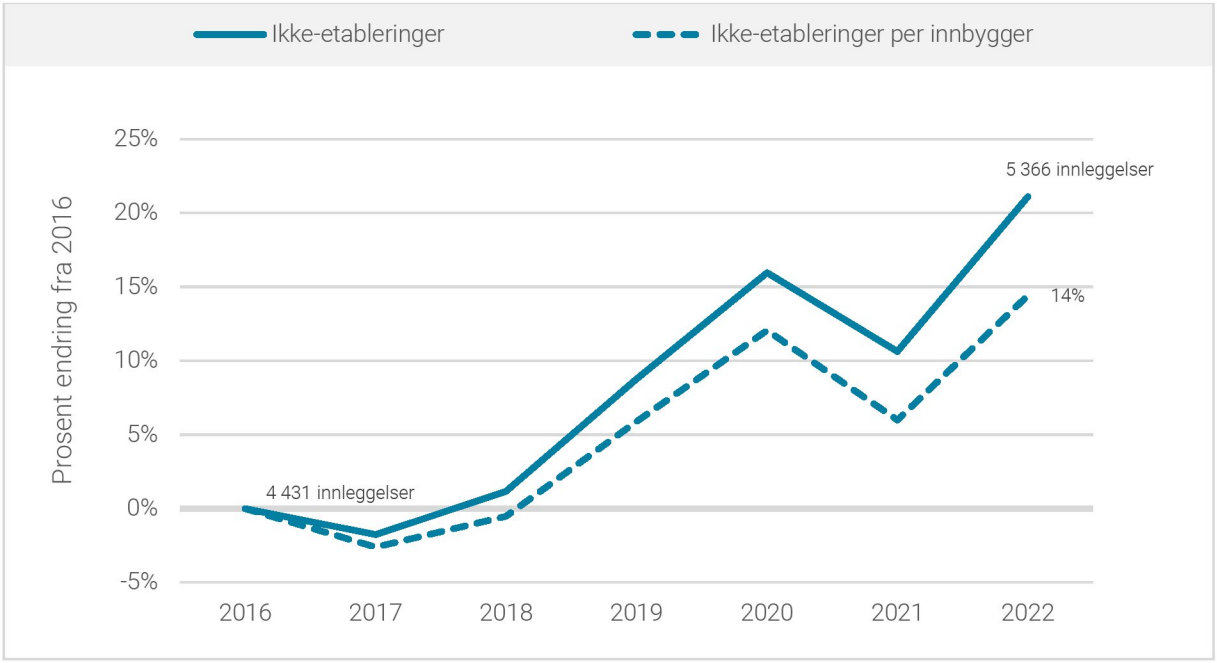



Figur 6.9: Innleggelsesrate for tvungen observasjon m/u påfølgende TPH i perioden 2016 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Note: Punktene representerer innleggelsesraten i opptaksområdene for de ulike helseforetakene. Ratene er korrigert for gjestepasienter.

### 6.6.3 Flere ikke-etableringer etter 2017, men et fåtall avviser behandling

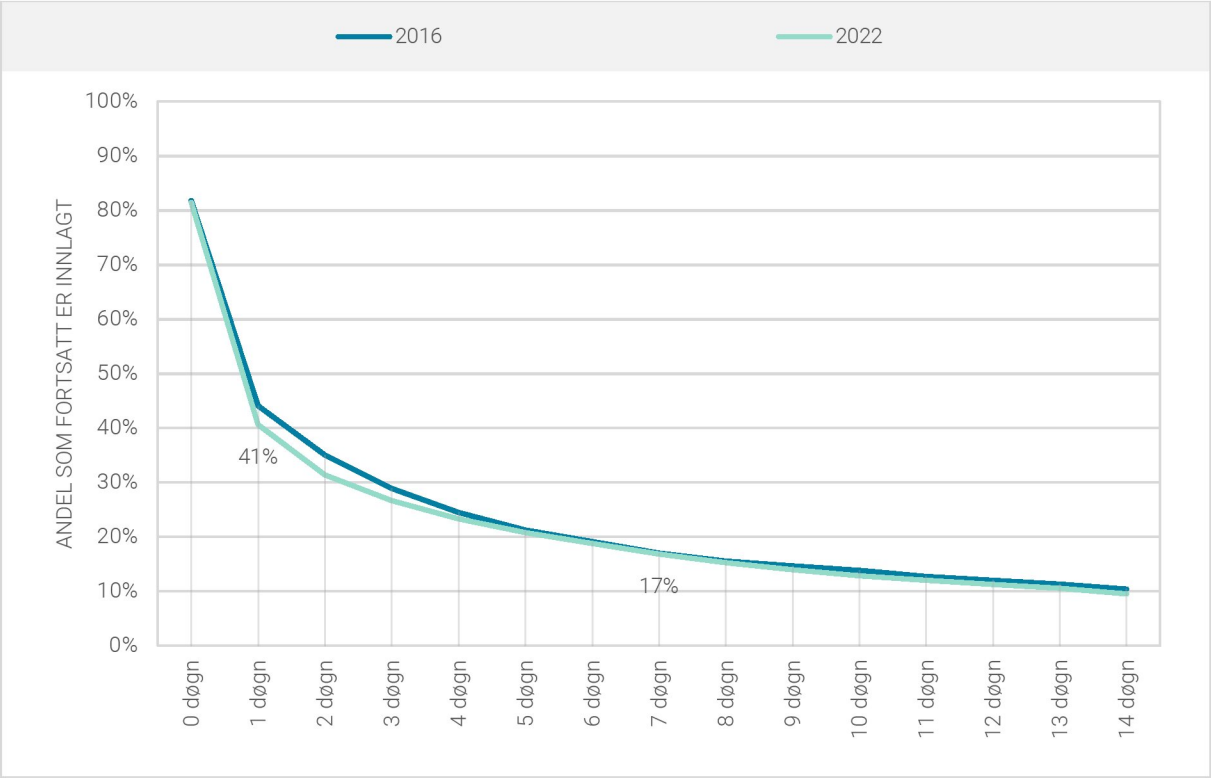
Antall ikke-etableringer i 2022 utgjorde om lag 5 400 innleggelser, og økningen fra 2016 er med det 14 prosent utover befolkningsveksten i perioden 2016–2022, se figur 6.10. Den største delen av ikke-etableringene gjelder pasienter der hoveddiagnosen er angitt å være ruslidelse (ICD-10, kapittel F1), mens pasienter med en schizofrenilidelse (ICD-10, kapittel F2), en nevrotisk lidelse (ICD-10, kapittel F4) eller en personlighetsforstyrrelse (ICD-10, kapittel F6) utgjør de øvrige hovedgruppene. Diagnoseprofilen for slike innleggelser skiller seg dermed fra innleggelser der tvungent psykisk helsevern etableres, men er mer lik den som gjelder ved tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent vern, se figur 6.3. Økningen fra 2016 ser primært ut til å gjelde pasienter der ruslidelser eller nevrotiske lidelser er angitt som hoveddiagnose i rapporterte aktivitetsdata til NPR.




Figur 6.10: Ikke-etableringer i psykisk helsevern i perioden 2016 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Selv om registerdata ikke gir sikker informasjon om hvor mange som hvert år henvises for innleggelse på tvangsparagraf, vurderes det å være støtte i datagrunnlagene for å fastslå at en høyere andel av slike henvisninger har resultert i en ikke-etablering i årene etter 2017. Det kan altså se ut til at den vurderingen som er gjort av henvisende lege oftere overprøves av faglig ansvarlig i 2022 enn i 2016. Det er utvalgets vurdering at dette peker i retning av noe forhøyet terskel for etablering av tvungent psykisk helsevern de senere årene.

Registerdata viser, som illustrert ved figur 6.11, at bare et mindretall av pasientene fortsetter døgnbehandlingen på frivillig grunnlag når tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ikke blir etablert. I 2022 viser rapporterte data at 69 prosent av pasientene var skrevet ut igjen innen 48 timer etter innleggelse av denne typen, og denne andelen har økt noe siden 2016.




Figur 6.11: Fordeling av varighet for døgnopphold i psykisk helsevern ved vedtak om ikke-etablering av tvungent vern. Gjelder opphold som ble avsluttet i henholdsvis 2016 og 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

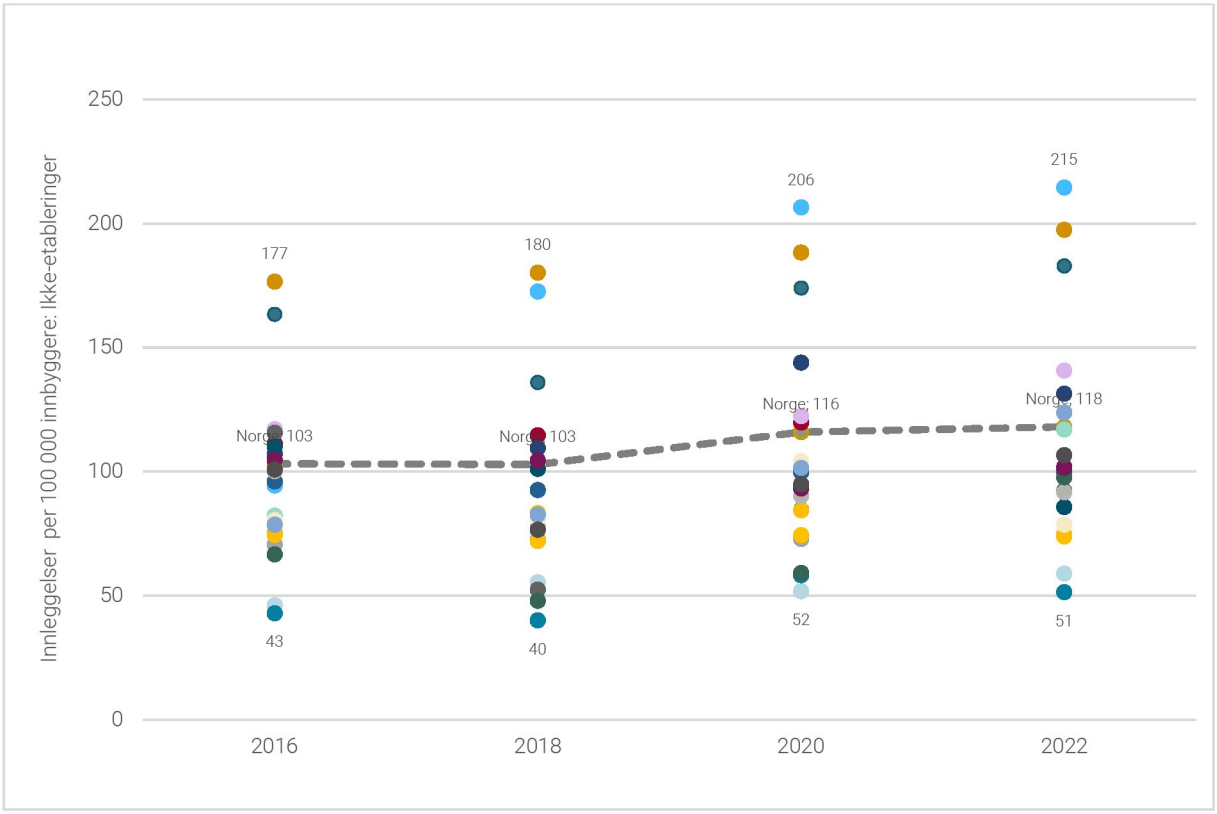
Analyseressurser ved Akershus universitetssykehus HF har på oppdrag fra utvalget gjort en gjennomgang av egne data for innleggelser til akuttpsykiatrisk avdeling i perioden mars 2021 til november 2022 (se omtale i kapittel 2). Formålet med gjennomgangen var å bidra med kunnskap om endringer i pasientforløp. Analysegrunnlaget dekker 4 400 innleggelser. Innleggelser der pasienten ble tatt imot på tvangsparagraf ble gruppert med hensyn på status for samtykkekompetanse og ønske om innleggelse. Et hovedfunn i analysen er at av de pasientene som ved innleggelse hadde blitt vurdert som samtykkekompetente, og der det heller ikke var grunnlag for å tvangsinnlegge med begrunnelse i farevilkåret, var det mindre enn to prosent som ikke ønsket innleggelse. Det vil si 1-2 per måned i gjennomsnitt. Resultatet antyder at samtykkevilkåret i liten grad er til hinder for frivillig døgnbehandling (Ekspertutvalg om samtykkekompetanse, 2023). At dette i hovedsak er korte opphold ser derfor ut til å ha andre årsaker.

### 6.6.4 Samtykkevilkåret kan ha bidratt til økte praksisforskjeller i vurderinger knyttet til etablering av tvungent vern

Helsedirektoratet har i mange år synliggjort betydelige og vedvarende geografiske forskjeller i bruk av tvang i Norge, og lokal praktisering og fortolkning av gjeldende lovgrunnlag antas å være én av flere forklaringsfaktorer bak disse forskjellene. Som omtalt i kapittel 4, tilfører samtykkevilkåret et ytterligere element for klinisk skjønn i vurderingen. Uklare føringer for kompetansevurderinger og manglende faglig forankring gir rom for lokale tilpasninger i lovgrunnlaget som kan gi økte geografiske forskjeller.

Som omtalt over, observeres det på nasjonalt nivå 14 prosent økning i innleggelsesraten for ikke-etableringer. Samtidig viser registerdata, som illustrert i figur 6.12, at utviklingen varierer mellom helseforetakene. Økningen gjenfinnes i noe over halvparten av

helseforetaksområdene, og de geografiske forskjellene har økt betydelig fra 2016 til 2022. Utvalgets vurdering er at de økte forskjellene understøtter en antagelse om ulik praktisering av samtykkevilkåret. Det bemerkes imidlertid at forskjellene i bruk av tvang var store også før 2017, og at de normerende dokumenter, som helsedirektoratets rundskriv eller rettspraksis, over tid ikke har bidratt vesentlig til å redusere ulikheter i bruk av tvang. Etter utvalget syn, trengs det en mer omfattende og nasjonalt forankret kompetanseheving dersom ulikheter i både vurdering av vilkår for og praktisering av gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skal reduseres. Lovendringer alene synes derimot å kunne bidra til økte forskjeller i bruk av tvang.




Figur 6.12: Innleggelsesrate for ikke-etableringer i perioden 2016 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

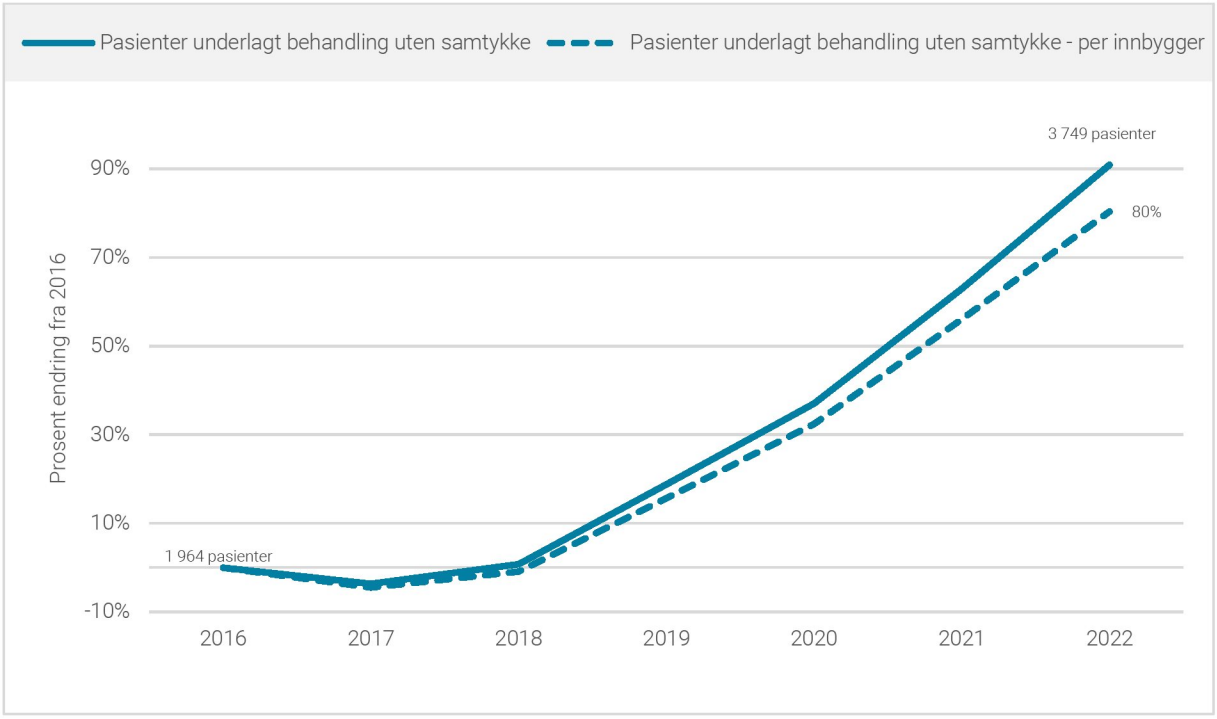
Note: Punktene representerer innleggelsesraten i opptaksområdene for de ulike helseforetakene. Ratene er korrigert for gjestepasienter.

## 6.7 Endret vedtakspraksis for behandling når pasienten mangler samtykkekompetanse

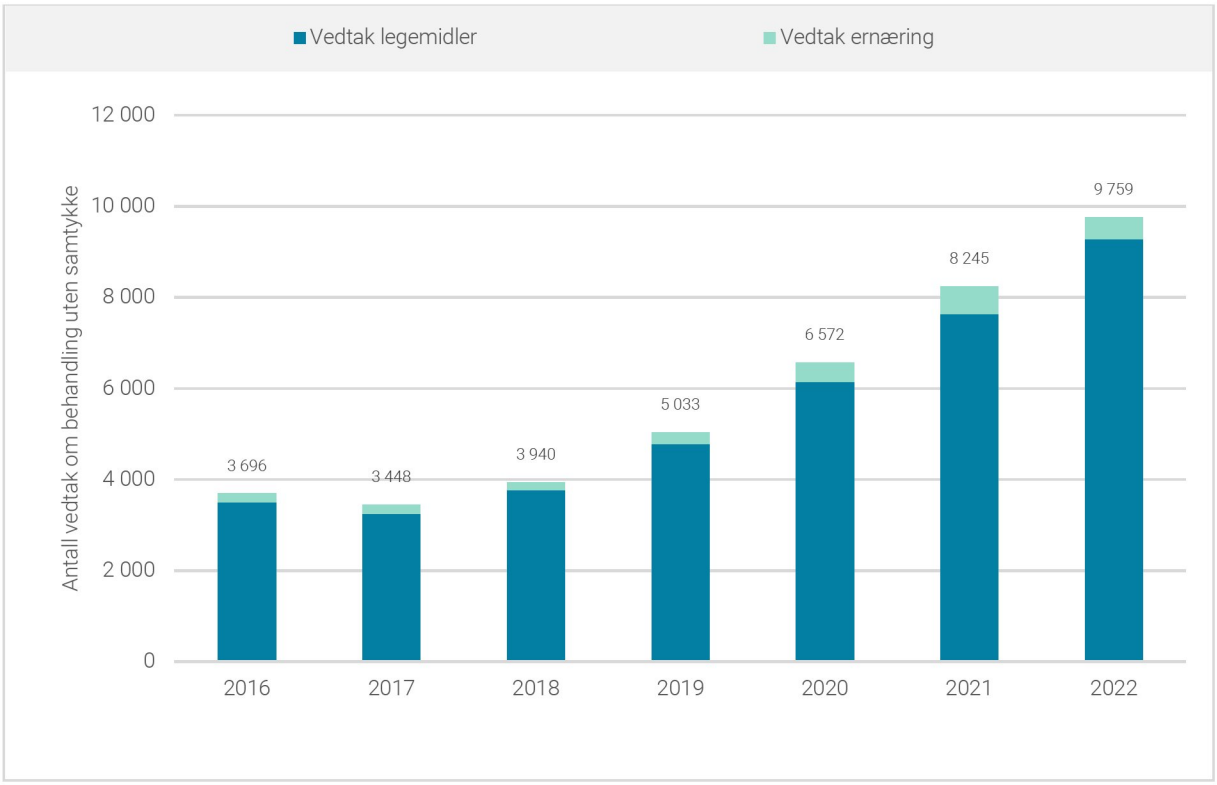
### 6.7.1 Nesten tredobling av vedtak om behandling uten eget samtykke etter 2017

Den norske lovgivningen skiller mellom tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3-3 og behandling uten eget samtykke jf. phvl. § 4-4. Det er bare overfor pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern at det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke, og det stilles krav om et selvstendig vedtak hjemlet i phvl. § 4-4. Tvungent psykisk helsevern *uten døgnopphold* (TUD) etableres derfor oftest for å kunne videreføre slike vedtak etter utskrivning fra døgnbehandling.

Figurene 6.13 og 6.14 viser at det i 2022 ble rapportert nærmere 10 000 vedtak om behandling uten eget samtykke, fordelt på 3 750 pasienter. Antall vedtak er med det nesten tredoblet fra 2016, mens pasientraten har økt 80 prosent. De fleste vedtakene gjelder medisinering, men det rapporteres også et økende antall vedtak om tvungen ernæring.




Figur 6.13: Behandling uten eget samtykke i psykisk helsevern i perioden 2016 - 2022. Pasienter.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR




Figur 6.14: Behandling uten eget samtykke i psykisk helsevern i perioden 2016 - 2022. Vedtak.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

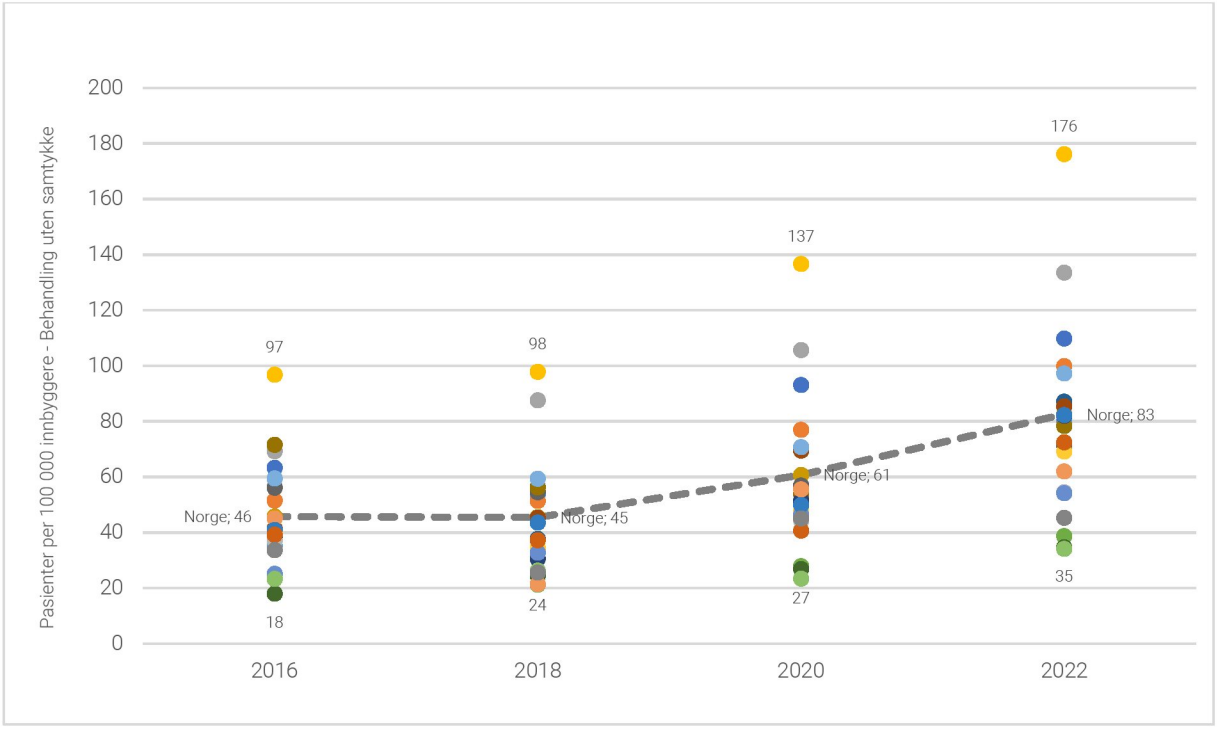
I intervjuene i SME-evalueringen, gav informantene fra spesialisthelsetjenesten i 2018 uttrykk for en etablert praksis i psykisk helsevern hvor tvungent psykisk helsevern først ble anvendt der pasienten motsatte seg helsehjelpen. Da intervjuene ble gjentatt i 2022–2023, var flertallet av de vedtaksansvarlige kjent med vedtaksplikten som følger av pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3 femte ledd. Flere av dem mente at sentrale helsemyndigheter hadde fokusert mye på denne lovbestemmelsen, og at slike signaler hadde bidratt til endret praksis. Tilsvarende kommer frem i innspill fra Statsforvalterembetet. På bakgrunn av dette, er det utvalgets forståelse at økningen i vedtak om behandling uten eget samtykke, i alle fall delvis, kan forklares ved at lovendringene i 2017 bidro til økt kunnskap om vedtaksplikt for samarbeidende pasienter som mangler samtykkekompetanse. Utvalget mener at økningen i TUD, og kanskje også noe av økningen i tvangsinnleggelser, må fortolkes i lys av det samme da det er en avhengighet mellom disse tvangsformene.

### 6.7.2 Økte forskjeller i praktisering av vedtak om behandling uten eget samtykke – Mange flere klager

Klager på vedtak om behandling uten eget samtykke skal rettes til statsforvalteren. Helsedirektoratet publiserer årlig statistikk som belyser klager og klagebehandling for vedtak i psykisk helsevern. Publiserte tall til og med 2021 viser at antall klager har økt hvert år etter 2017 og at statsforvalterembetene i 2021 mottak 1 600 klager på slike vedtak (Helsedirektoratet, 2021a). Økningen i klagesaker må ses i sammenheng med det økte omfanget av vedtak. Retten til fem timers fri bistand fra advokat, som også var en del av lovendringene fra 2017, kan også ha medvirket til utviklingen. Vedtakene ble i 2021 stadfestet i 89 prosent av klagesakene.

Når det gjelder vedtak om behandling uten samtykke, gir innspill utvalget har mottatt fra Statsforvalterne også grunnlag for å anta uklarheter i forståelsen av lovgrunnlaget for dette området. Se omtale i punkt 3.8. Utvalget utelukker derfor ikke at også slike forhold kan være en delforklaring til veksten i klagesaker.

Inntrykket av praksisforskjeller understøttes av rapporterte registerdata, som viser betydelige og økende geografiske forskjeller i pasientrater for vedtak om behandling uten eget samtykke i årene etter lovendringene (se figur 6.15). Det samme bildet gjelder også for TUD. Dette synes altså å være områder der loven i dag praktiseres ulikt og hvor utvalget ser behov både for opplæring og tydeliggjøringer.




Figur 6.15: Pasientrate for vedtak uten eget samtykke i perioden 2016 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Note: Punktene representerer pasientraten i opptaksområdene for de ulike helseforetakene

## 6.8 Har samtykkevilkåret hatt betydning for pasientforløpene?

### 6.8.1 Kortere opphold for ROP-pasienter, men lite endring på aggregert nivå

En forventet effekt av lovendringene i 2017 var raskere opphør av det tvungne vernet. Dette kan ikke undersøkes fullt ut ved bruk av registerdata da datakilden ikke inneholder informasjon om opphørstidspunkt. Det som likevel kan undersøkes for å få et inntrykk av eventuelle endringer i varighet etter lovendringene, er varigheten av døgnopphold basert på tvang. Tabell 6.1 og 6.2 gir en oppsummering av fordeling av varighet for ulike typer av tvungen døgnbehandling. Fordelingene er testet ved ikke-parametriske metoder som sammenligner median og fordeling for de to årene[1].

Det følger av vilkårene for tvungent psykisk helsevern, at døgnopphold under tvungent vern gjelder pasienter med omfattende behov for helsehjelp, og de *tvungne* døgnoppholdene er generelt lengre enn det som er typisk for psykisk helsevern. Median varighet av døgnbehandling i psykisk helsevern er, som omtalt i kapittel 8, beregnet til sju døgn, og dette gjelder for hele perioden 2016–2022. Det betyr at halvparten av oppholdene avsluttes i løpet av første uke etter at innleggelsen fant sted. Til sammenligning er medianverdien beregnet til 31 døgn for døgnopphold der pasienten hadde vært holdt tilbake under tvungent psykisk helsevern i hele eller deler av døgnoppholdet i både 2016 og 2022. Tabell 6.1 oppsummerer fordeling av varighet for slike opphold.  Oversikten skiller mellom opphold der det tvungne vernet videreføres som TUD og opphold der det tvungne vernet avsluttes ila døgnbehandlingsperioden. Som vist i tabellen er varigheten i gjennomsnitt kortere når pasienten skrives ut til TUD enn for pasienter der det tvungne vernet opphører før utskrivning. I 2022 var median oppholdstid 21 døgn for opphold som ble videreført med TUD og 39 døgn for opphold som ikke ble videreført med TUD. Fra 2016 til 2022 kan det se ut til å ha vært noe økning i gjennomsnittlig varigheten av slike opphold, men det er ikke en signifikant endring i fordeling av varighet for noen av de to oppholdstypene. Blant de som videreføres med TUD hadde pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (ROP) gjennomgående kortere oppholdstid sammenlignet med de øvrige pasientene. Variasjonen innenfor denne pasientgruppen er imidlertid stor.

1 Fordelingene er testet ved ikke-parametriske metoder som sammenligner median og fordeling for de to årene. Ikke-parametriske tester benytter observasjonenes rangverdi i stedet for faktisk verdi og reduserer dermed betydningen av ekstremverdier i den statistiske beregningen. Testene Mann-Whitney U og Kolmogorov-Smirnov brukes ved sammenligning av to grupper. Konfidensintervallene er basert på bootstrapmetodikk hvor 1 000 utvalg fra fordelingen legges til grunn ved estimering av usikkerheten i prosentilene. IBM SPSS versjon 24.

| | TPH – Videreført som TUD | | TPH – Ikke videreført som TUD | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016 | 2022 | 2016 | 2022 |
| Percentil 25 | 5 | 6 | 19 | 19 |
| Median<br>[95 prosent konfidensintervall] | 19<br>[17,21] | 21<br>[20,23] | 39<br>[37,41] | 39<br>[37,41] |
| Percentil 75<br>[95 prosent konfidensintervall] | 64<br>[61,71] | 62,5<br>[57,67] | 78<br>[75,83] | 74<br>[71,77] |
| Gjennomsnitt | 50 | 53 | 63 | 67 |
| Antall utskrivninger | 2 464 | 3 164 | 2 923 | 3 443 |
| Signifikant endring | Nei | | Nei | |

Tabell 6.1: Varighet av døgnopphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern. Gjelder opphold i psykisk helsevern som ble avsluttet i henholdsvis 2016 og 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Tabell 6.2 viser fordeling av varighet for innleggelser der pasienten var henvist på tvangsparagraf, men der tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert. Som allerede illustrert ved figur 6.11, viser tabellen at dette er korte opphold. Tendensen i materialet er også at slike opphold har blitt kortere etter 2017. I 2022 gjaldt i underkant av 40 prosent av slike opphold ROP-pasienter. Reduksjon i varighet er knyttet til nettopp denne pasientgruppen som, i gjennomsnitt, også hadde kortere opphold sammenlignet med de øvrige gjennom hele perioden.

Ved tvungen observasjon er hovedregelen at pasienten kan observeres i inntil 10 døgn. Analysene viser at halvparten av pasientene ble utskrevet i løpet av en uke dersom tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert. Også her var døgnoppholdene kortere for ROP-pasientene sammenlignet med de øvrige. Materialet viser også tendens i retning av at rusproblematikk var knyttet til en større andel av utskrivningene fra tvungen observasjon i 2022 sammenlignet med tidligere.

| | Ikke-etablering | | TO uten TPH | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016 | 2022 | 2016 | 2022 |
| Percentil 25 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Median<br>[95 prosent konfidensintervall] | 1<br>[1,1] | 1<br>[1,1] | 7<br>[7,8] | 7<br>[7,7] |
| Percentil 75<br>[95 prosent konfidensintervall] | 4<br>[4,5] | 4<br>[4,4] | 15<br>[14,16] | 13<br>[12,14] |
| Gjennomsnitt | 7,3 | 6,6 | 15,1 | 12,7 |
| Antall utskrivninger | 3 942 | 5 136 | 2 587 | 2 765 |
| Signifikant endring | Ja – kortere opphold | | Nei, men kortere tid under TO | |

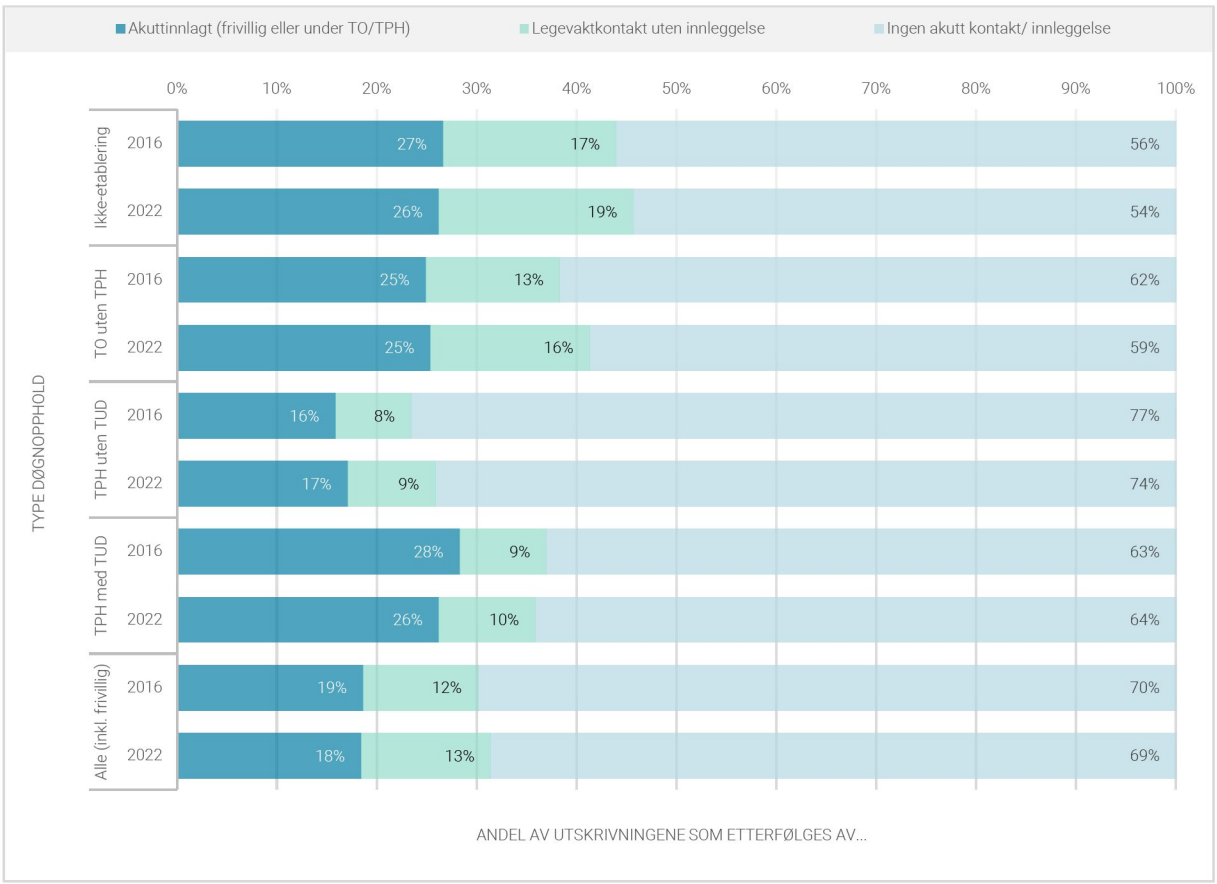
Tabell 6.2: Varighet av døgnopphold for opphold der pasienten var henvist for tvungent vern, men der tvungent psykisk helsevern ikke etableres. Gjelder opphold i psykisk helsevern som ble avsluttet i henholdsvis 2016 og 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Gjennomgangen viser altså ingen større endringer i varigheten av døgnbehandling basert på tvang fra 2016 til 2022 dersom dette studeres på aggregert nivå og for de ulike oppholdstypene. Samtidig er det relativt flere av de korteste oppholdstypene. Denne økningen ser i noen grad til å gjelde ROP-pasienter, og for denne pasientgruppen isolert kan det også se ut til at oppholdstiden er kortet noe ned fra 2016 til 2022.

### 6.8.2 Mange reinnlegges etter utskrivning fra tvang og andelen øker for pasienter med ROP-lidelse

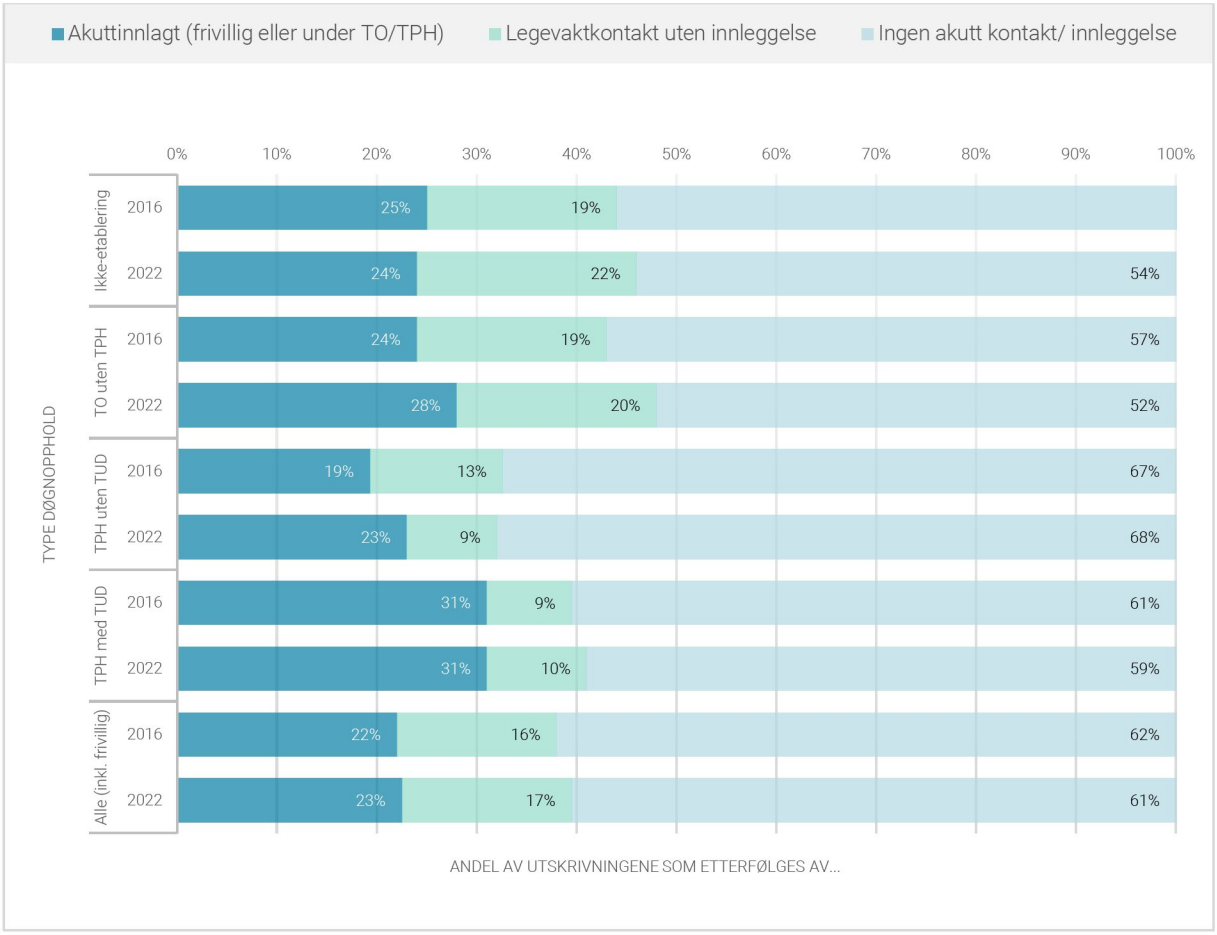
Figur 6.16 viser hvor stor andel av pasientene som ble reinnlagt til psykisk helsevern innen én måned etter at de ble skrevet ut fra psykiatrisk døgnbehandling. Figuren viser også hvor stor andel som hadde vært i kontakt med legevakt uten å bli henvist videre for ny innleggelse. På samme måte som tabell 6.1 og 6.2, skiller figuren mellom fire kategorier av opphold basert på tvang. I tillegg gir figuren informasjon om den samlede reinnleggelsesandelen i psykisk helsevern. Denne er redusert fra 19 prosent i 2016 til 18 prosent i 2022.

Av alle de pasientene som hadde blitt tatt imot på tvangsparagraf, viser registerdata-analysene at om lag én av fire ble reinnlagt innen 30 dager etter utskrivning. På aggregert nivå er heller ikke denne andelen vesentlig endret fra 2016 til 2022, og det gjelder uavhengig av hvilken av de fire kategoriene av opphold basert på tvang som studeres. En litt høyere andel hadde hatt kontakt med legevakt uten at de ble innlagt i 2022 enn i 2016. Figuren viser videre at sannsynligheten for reinnleggelse var høyere dersom vedtaket om tvungent psykisk helsevern ble videreført som TUD enn i de tilfeller der tvungent psykisk helsevern opphørte før pasienten ble skrevet ut.




Figur 6.16: Reinnleggelser i psykisk helsevern og kontakt med legevakt innen 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Gjelder alle diagnosegrupper.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

For pasienter med ROP-lidelse viser analysene at sannsynligheten for reinnleggelse innen 30 dager er høyere enn for øvrige pasienter. Andelen som ble reinnlagt eller hadde hatt kontakt med legevakt hadde også økt noe fra 2016 til 2022 for denne pasientgruppen (se figur 6.17). Dette resultatet støtter innspill til utvalget om rus som kompliserende faktor i praktisering av samtykkevilkåret.




Figur 6.17: Reinnleggelser i psykisk helsevern og kontakt med legevakt innen 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Andel av utskrivningene. Gjelder pasienter med ROP-lidelse.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

### 6.8.3 Pasientgruppen med gjentatte akuttinnleggelser har blitt litt større

Utvalget har mottatt flere innspill som uttrykker bekymring for at samtykkevilkåret har bidratt til en situasjon der noen pasienter ender opp med avbrutte forløp og gjentatte tvangsinnleggelser. En slik utvikling vil over tid kunne vises som en økning i antall tvangsinnleggelser per år, enten fordi hver pasient bidrar med flere tvangsinnleggelser eller fordi tvang utøves over en lengre periode.

For å undersøke om det har blitt flere «gjengangere» i døgnavdelingene etter 2017, er det fra registerdata gjort en aktivitetsanalyse av de døgnpasienter som hadde minst én utskrivning i psykisk helsevern i henholdsvis 2015 og 2021. Pasientene i disse to årspopulasjonene er fulgt over en periode på 365 dager og for hver pasient er det totale antallet innleggelser innenfor dette tidsintervallet summert. 2015 er valgt som observasjonsår for utvalg 1 (før lovendringene) for å ivareta at observasjonsperioden for alle pasienter i utvalget er avsluttet før september 2017. De registerdata utvalgets analyser baserer seg på dekker aktivitet til og med 31.desember 2022, og 2021 er valgt som observasjonsår for utvalg 2 (etter lovendringene) for

å sikre at analysegrunnlaget dekker en observasjonsperiode på 365 dager for alle pasienter i utvalget. De to årspopulasjonene er deretter avgrenset til å gjelde de pasientene som i løpet av 365-dagersintervallet hadde minst én innleggelse basert på tvang. Det vil si en ikke-etablering eller en tvangsinnleggelse der tvungen observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern ble etablert. De to pasientgruppene utgjorde henholdsvis 8 750 pasienter med innleggelse i 2015 (utvalg 1) og 9 752 pasienter med innleggelse i 2021 (utvalg 2)

Resultatene av analysene er oppsummert i tabell 6.3 og i figurene 6.18 og 6.19, som skiller mellom ulike diagnosegrupper. Inndelingen er basert på angitt hoveddiagnose (jf. ICD-10) i første opphold i den perioden pasienten er fulgt.

Tabell 6.3 viser at for de 9 752 pasientene som hadde hatt minst én innleggelse basert på tvang i 2021, var gjennomsnittet 1,7 slike innleggelser ila. 365 dager (inkludert ikke-etableringer). Gruppen hadde blitt 11,5 prosent større fra 2015 til 2021, og i gjennomsnittet hadde pasientgruppen fem prosent flere innleggelser basert på tvang i 2021 enn i 2015. Det økte gjennomsnittet gjaldt alle grupper i oversikten med unntak for pasienter der personlighetsforstyrrelse var angitt som hoveddiagnose (ICD-10, kap F6). Disse utgjorde en liten andel av de tvangsinnlagte pasientene, men det var denne gruppen som hadde klart flest innleggelser per pasient både i 2015 og i 2021.

De største økningene i gjennomsnittlig antall tvangsinnleggelser (inkludert ikke-etableringer) per pasient assosieres med organiske lidelser (ICD-10, kap F0), ruslidelser (ICD-10, kap F1) og nevrotiske lidelser (ICD10, kap F4). For alle diagnosegrupper var det også gjennomgående flere innleggelser per pasient i 2021 for pasienter som var identifisert med rus som tilleggsproblematikk.

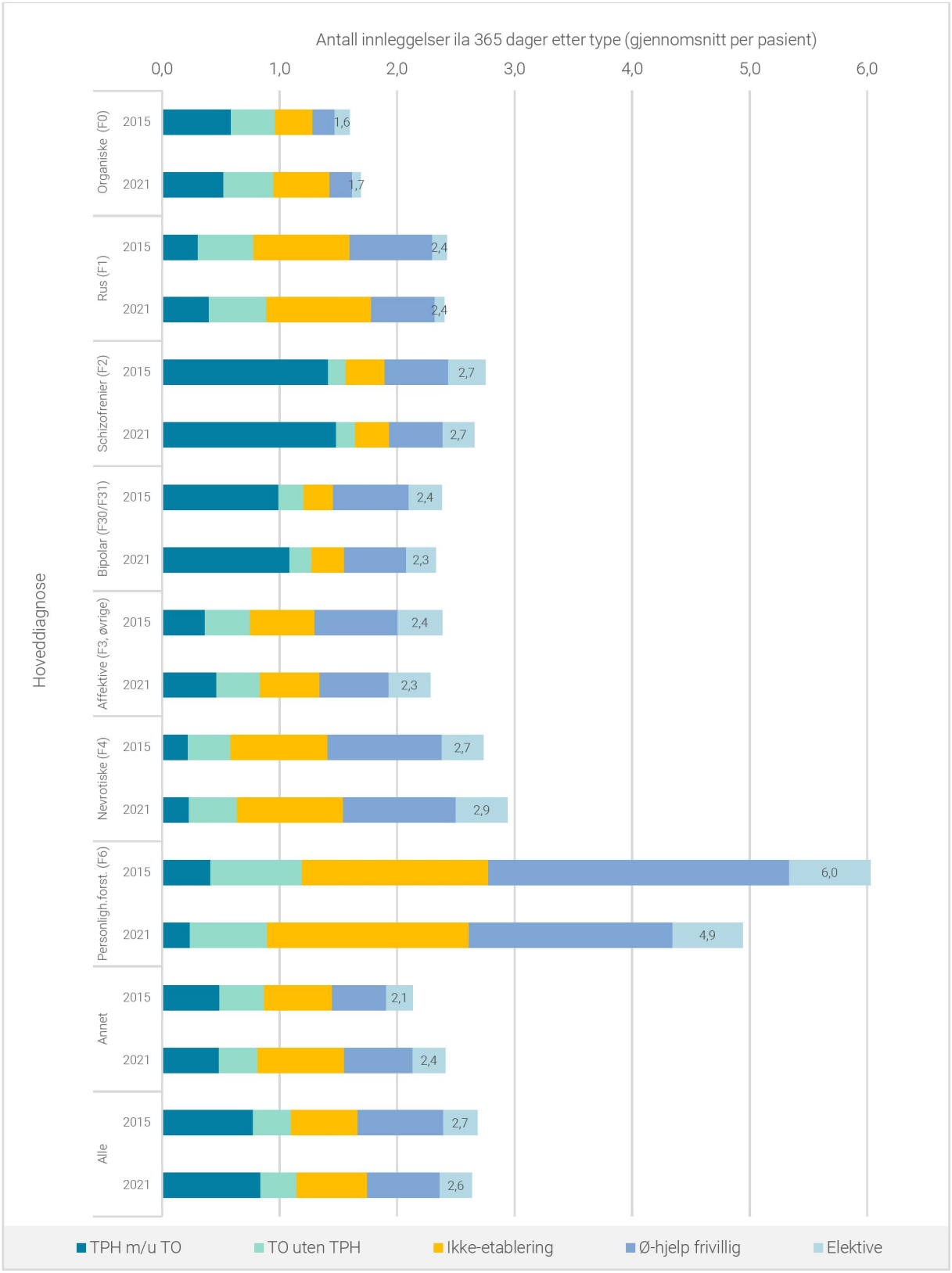
Figur 6.18 viser endring i gjennomsnitt og fordeling av innleggelser for de ulike diagnosegruppene dersom alle typer innleggelser tas i betraktning. Figuren viser at antall innleggelser totalt var redusert fra et gjennomsnitt per pasient på 2,7 i 2015 til 2,6 i 2021, men reduksjonen er knyttet til frivillig døgnbehandling.

Selv om figur 6.16 viste at sannsynligheten for reinnleggelse ila 30 dager ikke er vesentlig endret etter 2016 når dette studeres på aggregert nivå, er det i løpet av de siste årene likevel en tendens til mer korttids-tvang i døgnavdelingene. Registerdata viser at både ikke-etableringer og tvungent vern som videreføres med TUD har høyere sannsynlighet for reinnleggelse enn øvrige innleggelser i psykisk helsevern. I gjennomsnitt kan det derfor likevel konkluderes med tendens i retning økt antall tvangsinnleggelser per pasient for de fleste diagnosegruppene etter 2017.

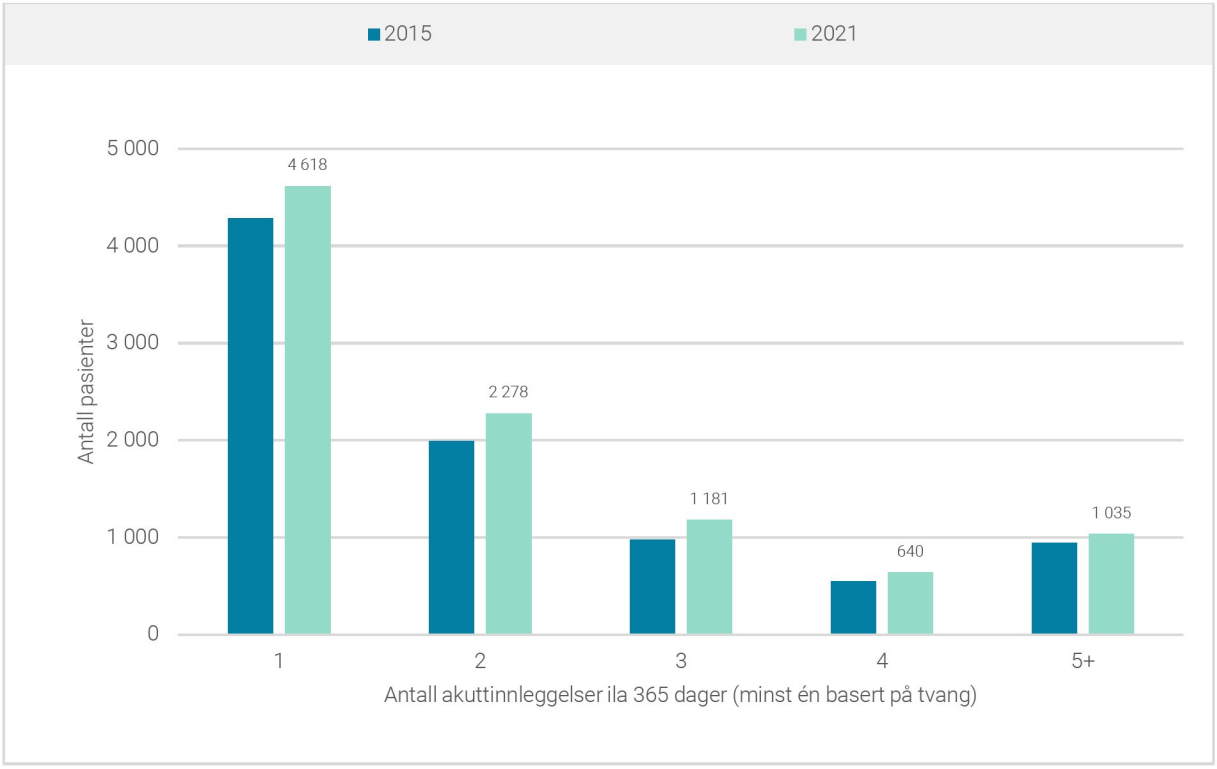
| Diagnosegruppe (Jf. hoveddiagnose angitt i første innleggelse) | Pasienter med minst én innleggelse basert på tvang | | Innleggelser basert på tvang ila 365 dager etter utskrivning | |
|---|---|---|---|---|
| | Antall pasienter 2021 | Prosent endring fra 2015 | Gjennomsnitt per pasient 2021 | Prosent endring fra 2015 |
| Organiske lidelser (F0) | 340 | 0,0 | 1,4 | 11,0 |
| Ruslidelser (F1) | 1 480 | 2,4 | 1,8 | 11,4 |
| Schizofrenier (F2) | 3 081 | 11,8 | 1,9 | 2,0 |
| Bipolar lidelse (F30/31) | 908 | 1,9 | 1,6 | 6,6 |
| Affektive lidelser ekskl. bipolar (øvrige F3) | 756 | 7,5 | 1,3 | 3,3 |
| Nevrotiske lidelser (F4) | 812 | 19,9 | 1,5 | 9,4 |
| Personlighetsforstyrrelser (F6) | 428 | 5,2 | 2,6 | -5,9 |
| Annet | 1 154 | -2,7 | 1,5 | 1,5 |
| **Alle diagnosegrupper** | **9 752** | **11,5** | **1,7** | **5,0** |
| - Herav ROP-pasienter | 3 186 | 6,4 | 2,1 | 7,4 |
| - Herav menn | 5 301 | 13,5 | 1,7 | 5,9 |
| - Herav kvinner | 4 451 | 9,1 | 1,8 | 4,1 |
| - Herav minst tre akuttinnleggelser ila 365 dager | 2 856 | 16,0 | | |
| - Herav minst fem akuttinnleggelser ila 365 dager | 1 035 | 9,5 | | |

Tabell 6.3: Innleggelser basert på tvang i løpet av 365 dager. Gjelder pasienter med minst én innleggelse basert på tvang i hhv. 2015 og 2021 før og etter lovendringene i 2017.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Det er også et økende antall pasienter som erfarer å bli henvist og/eller innlagt under tvungent vern. Figur 6.19 viser at om lag halvparten hadde hatt bare én slik innleggelse ila 365 dager, men det er et økende antall med gjentatte akuttinnleggelser. I 2021 var det 2 865 pasienter i utvalg 2 som hadde tre eller flere akuttinnleggelser innenfor en periode på ett år. Dette var 16 prosent flere enn i 2015 (utvalg 1) og tilsvarer 10 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern. 1 035 pasienter hadde fem eller flere akuttinnleggelser, hvorav minst én var basert på tvang.




Figur 6.18: Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient i løpet av 365 dager, fordelt etter hoveddiagnose i første opphold. Gjelder pasienter med minst én innleggelse basert på tvang (Ikke-etablering/ TO/ TPH) i henholdsvis 2015 eller 2021.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR




Figur 6.19: Akuttinnleggelser for pasienter med minst én innleggelse basert på tvang (ikke-etablering/ TO/ TPH). Antall pasienter i pasientpopulasjon for henholdsvis 2015 og med hhv 1, 2, 3, 4 og 5 eller flere slike innleggelser i løpet av 365 dager.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

## 6.9 Utvalgets vurderinger

Basert på de funn som er presentert i dette kapitlet, er utvalgets vurdering at formålet med endringene i psykisk helsevernloven i 2017 om å redusere bruk av tvang ikke har blitt innfridd. Det er derimot klare tall som viser at et økende antall personer underlegges tvungent vern og at det fattes flere vedtak om behandling uten eget samtykke. Det er imidlertid ikke grunnlag for å påstå at alle disse endringene skyldes innføringen av samtykkevilkåret i 2017 alene eller for å hevde at det har vært store endringer i praksis eller forløp etter 2017 når dette studeres på aggregert nivå. For enkeltpasienter eller undergrupper av pasienter kan samtykkevilkåret eller praktiseringen av dette likevel ha hatt uheldige konsekvenser. Utvalgets vurdering er at registerdata-analysene indikerer at det er grunn til å være spesielt oppmerksom på gruppen av pasienter med ROP-lidelser. Det generelle bildet er likevel at pasienter i tvungen døgnbehandling både er og har vært en gruppe der det er behov for å se på om tjenestetilbudet er godt nok. Andelen pasienter som reinnlegges etter kort tid er generelt høy blant pasienter i psykisk helsevern, og en stor andel av døgnpasientene har forløp med gjentatte akuttinnleggelser.

Som en sideeffekt av lovendringene i 2017, finner utvalget at det har tilkommet en ny gruppe blant de pasientene som er underlagt vedtak om tvungent psykisk helsevern og som før 2017 ofte ble innlagt og behandlet på frivillig grunnlag. Dette er personer som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg helsehjelpen. Vedtaksplikt ved behandling og innleggelse av disse pasientene ble innført allerede i 2007, men innføring av samtykkevilkåret aktualiserte og tydeliggjorde denne lovbestemmelsen. Det er etter utvalgets forståelse liten tvil om at denne gruppen i økende grad er blitt underlagt tvungent psykisk helsevern i tråd med gjeldende lovverk etter 2017. Dette er en delforklaring til veksten og praksisforskjellene registerdata viser for vedtak om behandling uten eget samtykke, TUD og

kanskje også i noen grad for tvangsinnleggelser. Registerdata gir ikke grunnlag for å påstå hvor stor andelen av de økte vedtakstallene som kan tilskrives denne praksisendringen.

Selv om flere av tvangsindikatorene tyder på at bruken av tvang i psykisk helsevern har økt etter 2017, er det også indikasjoner på noe forhøyet terskel for etablering av tvungent psykisk helsevern. En økende andel av de som henvises til tvungent vern skrives ut uten at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etableres. Pasienter med en ROP-lidelse utgjør en betydelig andel av slike ikke-etableringer, og antall ikke-etableringer øker.

Utvalget finner at det er en noe økende andel av de som henvises til psykisk helsevern som har vært innom legevakt før de blir innlagt, men uten at de henvises videre. Selv om dette er en generell trend i datamaterialet, mener utvalget at funnene antyder økt terskel for å henvise til innleggelse under tvungent vern etter 2017. Dette var ikke en uttalt intensjon med lovendringene, og utvalget er bekymret for at samtykkevilkåret kan ha vært praktisert for strengt blant allmennleger. Det kan imidlertid ikke utelukkes at kapasiteten i døgnavdelingene også har betydning for allmennlegenes henvisningspraksis.

Ved å sammenlikne situasjonen i 2015 og 2021, finner utvalget at gjennomsnittet av antall tvangsinnleggelser per pasient har økt for de fleste diagnosegrupper. Det er også en litt større gruppe med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser. Sannsynligheten for reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivelse er ikke vesentlig endret samlet sett, men for pasienter med rusmiddelmisbruk som tilleggsproblematikk, har det blitt flere reinnleggelser. For denne pasientgruppen observeres også redusert varighet av døgnbehandlingen. Utvalget mener at dette er utviklingstrekk som støtter oppunder innspill fra tjenesten om at rusmiddelmisbruk kan være en kompliserende faktor i praktisering av samtykkevilkåret fordi dette er pasienter der samtykkekompetansen kan variere med inntak av rusmidler.

Registerdata om bruk av tvang er en viktig kilde til kunnskap, men har noen begrensninger både når det gjelder innhold og kvalitet. Utvalgets vurdering er at komplette og gode registerdata som muliggjør både forskning og deskriptive analyser til styringsformål, er viktig for å følge med på utviklingen i tjenestetilbudet til de mest sårbare gruppene i psykisk helsevern. Dette er derfor datagrunnlag som både må videreutvikles, forbedres og tilgjengeliggjøres på en bedre måte enn i dag.

# DEL 3
# ERFARINGER

# 7 Beslutningskompetanse i et brukerperspektiv


Oppsummering

- Utvalget mener at innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse har bidratt til å sikre økt selvbestemmelse og ivaretakelse av rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern.

- Lovendringene i 2017 har ikke ført til en reduksjon av tvang samlet sett, men det kan ikke utelukkes at tvangen er redusert for noen pasientgrupper.

- Utvalgets forståelse av analyser av registerdata er at det er en viss «svingdørsproblematikk» i psykisk helsevern, men at denne problematikken også var det før lovendringene i 2017. Økningen av pasienter med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser og økt antall henvisning til tvungent vern som skrives ut etter et vedtak om ikke-etablering knytter seg særlig til pasienter med en ROP-lidelse.

- Den samlede bruken av tvang i psykisk helsevern er ikke redusert siden 2017, og formålet til lovendringene om tvangsreduksjon synes ikke å ha blitt nådd. Utvalget mener at bedre frivillige behandlingsalternativer kan bidra til riktigere og redusert bruk av tvang.

- Utvalget mener at utfordringer med behandlingsforløp hvor pasienter som har et behandlingsbehov, men ikke oppfyller vilkårene for tvungent vern, også var aktuelle før 2017. Disse pasientene skrives typisk raskt ut fra døgninstitusjon uten videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, og mange av dem har nye akuttinnleggelser kort tid etter utskrivelsen. Samtykkevilkåret synes å ha aktualisert disse utfordringene, hvor vilkåret er én av en rekke faktorer som spiller inn.

- Ordninger for beslutningsstøtte og tilrettelegging for samvalg er særlig viktig i en kompetansebasert modell i psykisk helsevern. Slike ordninger er viktige for å fremme pasientens tillit til helsetjenesten. Individuelt tilpasset behandling og oppfølging kan bidra til bedre ivaretakelse av samfunnsvernet og redusert stigmatisering av personer med alvorlig psykisk lidelse.


## 7.1 Innledning

Beslutningskompetanse inngår som en del av tvangsdebatten, hvor avveiningen mellom retten til selvbestemmelse og retten til helsehjelp står i sentrum. Utvalget erfarer at det kan være vanskelig å diskutere manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang når premissene for diskusjonen er svært ulike. I kjernen av tvangsdebatten står virkninger og bivirkninger av antipsykotiske legemidler. For brukere er det viktig å medvirke til en individuelt tilpasset behandling og oppfølging. Fra et brukerperspektiv ble innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i 2017 sett på som en seier for økt selvbestemmelse, og et brudd med en historie i psykisk helsevern preget av paternalisme.

## 7.2 Bakgrunn for lovendringene i 2017 fra et brukerperspektiv

Utviklingen i det psykiske helsevernet de senere årene har vært preget av et større fokus på autonomi, medbestemmelse og pasientrettigheter. Da samtykkevilkåret ble innført i 2017, ble det feiret som en seier av brukerorganisasjonene. Det ble sett på som et viktig steg i retning av mindre unødig tvangsbruk, økt brukermedvirkning og et lovverk som legger til rette for mindre diskriminering på bakgrunn av diagnose, i tråd med FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I årene etter lovendringene har det blitt rapportert om noe økt brukermedvirkning, bedre ivaretakelse av rettssikkerhet og grundigere vurderinger i det psykiske helsevernet (Wergeland et al., 2022a, 2022b). Samtidig viser tallene referert i kapittel 6 at tvangsbruken har økt. Formålet med lovendringene om tvangsreduksjon synes dermed ikke å ha blitt en realitet.

Innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse inngår i en økende rettsliggjøring av helsetjenesten. Det har over tid vært en gradvis dreining i helsetjenesten fra paternalisme til medbestemmelse. I store deler av 1900-tallet ble vurderingen av en pasients behandlings- og informasjonsbehov avgjort av helsepersonell (Syse, 2015). I en slik behandlingsmodell tok helsepersonellet beslutninger basert på egne faglige og etiske vurderinger. Den økte rettsliggjøringen av helsetjenesten har avgrenset helsepersonellets skjønnsmessige handlingsrom (Kjønstad, 2007). Helsepersonells skjønnsutøvelse har dermed blitt regulert av helselovgivningen, blant annet ved at den gradvis har gitt mer vekt til pasientens autonomi. Utviklingen innen helsefagene gjør at helsepersonell må ta stadig flere beslutninger. Helsepersonell utøver altså ikke mindre skjønn enn tidligere, men gjør det innenfor et tydeligere regulert rom. Eksempelvis har denne rettsliggjøringen bidratt til tydeligere avgrensede skjønnsmessige vilkår for bruk av tvang, hvor vilkåret om manglende samtykkekompetanse inngår.

Tillit er bindeleddet i en god behandlingsrelasjon og er viktig for både pasientens og helsepersonells motivasjon i behandlingsforløpet. Helsetjenesten er derfor avhengig av tillit for å kunne fungere godt. En slik tillit bygger på holdninger og erfaringer hos pasient, pårørende og helsepersonell. Tilliten kan også bli påvirket av pasientens tilstand og håp om bedring. Samtidig kan ulike oppfatninger om både pasienter og behandlere bidra til å forringe denne tilliten. En psykotisk episode kan være traumatiserende for personen som opplever den. Da kan det være særlig viktig at pasienten opplever en viss medbestemmelse i egen behandling. Det kan være hensiktsmessig med gode kriseplaner og individuelle planer som er utarbeidet i forkant av en forverring og som kan bidra til en mer skånsom behandling under tvang og dermed redusere mulige skadevirkninger.

I en artikkel fra 2021 påpeker Nyttingnes og Rugkåsa at ulike tilnærminger til kunnskapsgrunnlaget om behandling av psykiske lidelser står sentralt i tvangsdebatten (Nyttingnes et al., 2021). De finner at personlige erfaringer formidlet gjennom brukerorganisasjoner har dannet grunnlag for politiske beslutninger. Dette har utfordret den tradisjonelle posisjonen til en biomedisinsk tilnærming øverst i kunnskapshierarkiet. Forkjemperne for kunnskapsbasert medisin har likevel akseptert økt brukermedvirkning. Nyttingnes og Rugkåsa fremhever at tvangsmedisinering og spørsmålet om effekt av antipsykotiske legemidler utgjør to stridstemaer hvor de ulike tilnærmingene til behandling av psykiske lidelser fremstår uforsonlige. De mener at likeverdige undersøkelser av både medisinfrie og medikamentelle tilbud kan bidra til å løse denne fastlåste situasjonen. Utvalget støtter disse betraktningene om konfliktlinjene i tvangsdebatten, og mener det er behov for ytterligere forskning på medisinfrie behandlingstilbud av alvorlig psykisk lidelse. Utvalget

vurderer at kunnskapsgrunnlaget, slik det fremstår i dag, viser at behandling med antipsykotiske legemidler, på gruppenivå, er forbundet med lavere dødelighet (Strømme et al., 2021) og lavere risiko for gjeninnleggelse etter utskrivelse (Strømme et al., 2022). Likevel erfarer utvalget at mange personer med alvorlig psykisk lidelse selv opplever bivirkningene av å bruke antipsykotiske legemidler som mer ubehagelige enn virkningene. De velger da gjerne å slutte med medisinene når de gjenvinner beslutningskompetanse og det tvungne vernet opphører.

## 7.3 Erfaringer med beslutningskompetanse fra et brukerperspektiv

### 7.3.1 Lovendringene har bidratt til økt fokus på pasientautonomi i psykisk helsevern

Flere innspill til utvalget peker på at lovendringene i 2017 har bidratt til et økt fokus på selvbestemmelse i det psykiske helsevernet. KS peker på at selvbestemmelsesrett og integritet ble lagt til formålsparagrafen i psykisk helsevernloven etter lovendringene i 2017, som gjør at pasientens autonomi kommer mer i fokus. Både Norsk psykologforening og Norsk sykepleierforbund viser i sine innspill til en artikkel av Wergeland mfl. fra 2022 (Wergeland et al., 2022b). Artikkelen baserte seg på intervjuer med personer som ble vurdert samtykkekompetente etter lovendringene i 2017 og hvor tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) hadde blitt opphevet på bakgrunn av dette. Av studien fremgår det at de fleste pasientene var fornøyde og fortsatte i frivillig behandling. De beskrev også økt opplevelse av autonomi og mer eierskap til det å bli bedre, i tillegg til styrket tillit og dialog med sine behandlere. Norsk sykepleierforbund påpeker at artikkelen viser at «mennesker med alvorlig psykisk lidelse ønsker behandling og hjelp når den enkelte får være med på å bestemme innholdet. Hvilken hjelp og hvordan hjelpen tilbys, er avgjørende for om den er mulig å ta imot. Studien viser også at lovendringene økte helsepersonells bevissthet om ansvar for pasienten autonomi og involvering, og at de søkte tettere dialog med pasientene for å vurdere tilstand for å justere behandling og omsorg deretter. Dette krever både kontinuitet i relasjonen, kompetanse og tett samarbeid mellom helsepersonell og tjenestenivå». Utvalget støtter disse tolkningene av funnene i artikkelen av Wergeland mfl. fra 2022.

Som sitt innspill til utvalget, gjennomførte Akuttnettverket en spørreundersøkelse om lovendringene blant 96 helsepersonell i psykisk helsevern. I undersøkelsen mente et flertall at lovendringene har økt selvbestemmelsen og bidratt til å styrke rettssikkerheten for pasienter i psykisk helsevern. En annen artikkel fra 2022 av Wergeland mfl. tyder også på at innføring av kompetansebasert system i psykisk helsevern har bidratt til økt bevissthet blant helsepersonell om pasientautonomi og brukermedvirkning. Funnene baserer seg på intervjuer i perioden september 2019 til mars 2020 med ni vedtaksansvarlige hvor TUD var opphevet som følge av innføringen av vilkåret om samtykkekompetanse. De finner at vedtaksansvarlige hadde tettere dialog med pasienten og hyppigere vurderinger av pasientens tilstand for å justere behandlingen. En slik tilnærming til pasientene krever likevel kompetanse, kontinuitet og et tett samarbeid mellom ulike deler av helsetjenesten (Wergeland et al., 2022a). Disse funnene er også i tråd med SME-evalueringen fra april 2023 (se omtale i kapittel 2), som finner at lovendringene har ført til økt vektlegging av pasientautonomi og bedre ivaretakelse av pasientens rettssikkerhet. I sitt innspill til utvalget, uttrykker Hvite Ørn på sin side at «helsepersonell i liten grad respekterer pasientens selvbestemmelse og autonomi.» Flere andre informanter fremhevet derimot at kompetansevurderingene har bidratt til bedre dialog og et nærmere samarbeid mellom helsepersonell og pasientene. Etter utvalgets syn har innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse bidratt til å sikre økt selvbestemmelse til pasienter i det psykiske helsevernet.

### 7.3.2 Balansegangen mellom retten til selvbestemmelse og retten til helsehjelp

Flere innspill til utvalget trekker frem betydningen av avveiningen mellom retten til selvbestemmelse og retten til helsehjelp. Norsk psykiatrisk forening fremmer viktigheten av autonomi, men ser også at det kan være uheldig dersom for sterk vektlegging av autonomi frarøver pasienter tilgang til best mulig behandling. Også Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) problematiserer forholdet mellom pasientautonomi og det å gi god omsorg. Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) trekker frem CRPD (FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne) i sammenheng med selvbestemmelse. LPP mener det er grunnlag for å tolke CRPD slik at selvbestemmelse ikke er det eneste avgjørende, men at også personer med psykisk funksjonshemming sin rett på helsehjelp er et vektig menneskerettslig hensyn. Nordlandssykehuset HF påpeker i et felles innspill til utvalget fra Helse Nord RHF at jo sykere en pasient i psykisk helsevern er, desto mindre ønsker pasienten hjelp og behandling. Ved somatiske lidelser oppstår sjeldent slike paradokser. Ifølge Nordlandssykehuset HF medfører samtykkevilkåret at ansvaret for å ivareta helsen til alvorlig syke pasienter som vurderes kompetente legges på vedkommende selv og ofte pårørende. Samtidig som behandlingsvalget til en kompetent person skal respekteres, kan en for sterk vektlegging av autonomi i kompetansevurderingen bidra til at pasienter ikke får den helsehjelpen de trenger.

I artikkelen «Selvbestemmelsens pris» fra mars 2023 om erfaringene med samtykkevilkåret, beskriver psykologspesialist Velden og avdelingsoverlege Weibell at «det farlige» ved lovendringene er at den har ført til at mennesker går glipp av nødvendig helsehjelp og omsorg (Halvorsen, 2023). De dårligste pasientene blir mest skadelidende. På spørsmål om dette er prisen vi må betale hvis vi mener at universelle menneskerettigheter som selvbestemmelse også skal gjelde for alvorlig psykisk syke mennesker, svarer psykologspesialist Velden:

> Ingen er imot menneskerettigheter. Jeg har imidlertid vanskelig for å se at de blir innfridd om vi rigger oss slik at vi unnlater å gi folk som ikke kan ta hånd om seg selv, omsorgen de har behov for. Ofte er det tvangen som gjør at vi kan komme tidligere inn og tilby hjelp.

Utvalget støtter disse argumentene, og mener det er bekymringsfullt når personer med alvorlig psykisk lidelse ikke får nødvendig helsehjelp.

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3 andre ledd er felles for somatiske og psykiske lidelser. En høy terskel for bortfall av beslutningskompetanse kan også få betydning for personens somatiske helsehjelp. Dersom en person motsetter seg nødvendig somatisk helsehjelp på grunn av sin psykiske lidelse, må det gjøres en kompetansevurdering før helsehjelpen eventuelt kan gis på tvang, jf. pbrl. kapittel 4 A. Dette forutsetter at vilkårene for øyeblikkelig hjelp-plikten etter helsepersonelloven § 7 og unntaket for fare ikke er oppfylt.

Utvalget mener at det er en kompetansebasert modell i psykisk helsevern er en nødvendig tilpasning til Norges menneskerettslige forpliktelser (se kapittel 5). Et selvstendig vilkår om manglende samtykkekompetanse synes å ha bidratt til å økt bevisst i helsetjenesten om betydningen av pasientens selvbestemmelse. Samtidig gjenstår det en rekke utfordringer for å sikre bedre ivaretakelse av pasientens selvbestemmelse. Lovendringene i 2017 har ikke ført til en reduksjon av tvang samlet sett, men det kan ikke utelukkes at tvangen er redusert for noen pasientgrupper. Tvangsreduksjon krever en holdningsendring på fagfeltet, og vil kreve et målrettet arbeid over tid (Syse, 2019a). Utvalget mener at et fokus på behandling av god kvalitet er det sentrale i balansegangen mellom autonomi og retten til helsehjelp.

### 7.3.3 Erfarer høyere terskel for innleggelse og lavere terskel for utskrivelse etter 2017

Flere av innspillene til utvalget trekker frem hyppigere reinnleggelser eller økt «svingdørsproblematikk» etter 2017. Kontrollkommisjonens ressursgruppe skriver at de «ser flere tilfeller med svingdørspasienter med hyppigere innleggelser. I dårlig fase mangler pasienten samtykkekompetanse og tvang etableres. Etter en stund med behandling (oftest medisinering) blir pasienten bedre og får tilbake samtykkekompetanse. Tvangen opphører. Dette medfører at medisinene autoseponeres, og med den følge at pasienten blir dårligere; og så blir det ny innleggelse.»

Også helsetjenesten opplever at pasienter ofte gjenvinner samtykkekompetanse raskt under tvungent vern og at de dermed skrives ut. I enkelte tilfeller ender slike korte behandlingsopphold med gjentatte reinnleggelser. Sykehuset Østfold HF mener at pasienter med alvorlig psykisk lidelse i større grad blir «svingdørspasienter» ved akuttpsykiatriske avdelinger, i stedet for å få mulighet til lengre behandling og tilfriskning ved for eksempel psykoseposter. Etter utvalgets syn, knytter dette innspillet seg mer til mangel på alternativ døgnbehandling enn til samtykkekompetanse. Norsk psykiatrisk forening og Sykehuset i Vestfold HF omtaler hvordan effekten av «svingdørsproblematikken» gir pasientene dårligere prognose.

SME-evalueringen finner at flere pasienter synes å ha blitt sykere på grunn av oppbrudd i behandlingsforløp med høyere terskel for innleggelse og lavere terskel for utskrivelse etter 2017. Pasienter med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) og maniske symptomer blir særlig trukket frem i denne sammenhengen. Samtidig finner SME-evalueringen at mer av ansvaret for oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir skjøvet over på kommunehelsetjenesten.

Det er utvalgets forståelse at den beskrevne økningen i «svingdørsproblematikk» bare delvis støttes av analysene av registerdata som er presentert i kapittel 6. Utvalgets fortolkning av disse analysene er at det er en viss «svingdørsproblematikk» i psykisk helsevern, men at denne problematikken også var det før lovendringene i 2017. Analysene viser at det er noen flere pasienter med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser når innleggelser i perioden 2021–2022 sammenlignes med perioden 2015–2016. Denne økningen ser ut til å kunne knyttes til pasienter med en ROP-lidelse. Dersom man sammenligner antall pasienter med minst tre akutt- og tvangsinnleggelser innenfor en periode på ett år, utgjør økningen om lag 300 pasienter. Samlet observeres det heller ingen større endringer i varigheten av tvungne døgnopphold fra 2016 til 2022, men det er flere av de pasientene som henvises for tvungent vern som skrives ut etter et vedtak om ikke-etablering. Slike opphold er ofte svært korte, men har generelt høy sannsynlighet for reinnleggelse innen kort tid. Registerdata viser at én av fire er akuttinnlagt på nytt i løpet av 30 dager etter utskrivning fra ikke-etablering. Dette har heller ikke endret seg fra 2016 til 2022, men det har altså blitt flere slike opphold. Også her kan det se ut til at mye av endringen handler om personer med en ROP-lidelse.

Samtykkevilkåret kan ha hatt betydning for antall ikke-etableringer, men slik utvalget ser det, er det ikke grunnlag for å hevde at det er samtykkebestemmelsen som er avgjørende for oppholdets varighet eller hvordan disse pasientene følges opp etter utskrivning. De analysene Akershus universitetssykehus HF har gjennomført på oppdrag fra utvalget (se omtale i kapittel 2), antyder tvert imot at det er svært sjelden at pasienter som er vurdert som samtykkekompetente ved innleggelse krever seg utskrevet mot behandlerens anbefaling. Resultater fra studien er også omtalt i kapittel 6. Inntrykket støttes også av innspillet fra Pårørendesenteret i Oslo (PIO) som er referert under punkt 7.3.8.

Utvalget er oppmerksom på at analysene av registerdata først og fremst undersøker endringer på aggregert nivå. Selv om disse bare viser mindre bevegelser fra 2016 til 2022, kan det være større endringer for mindre pasientgrupper som ikke avdekkes ved en slik tilnærming. Utvalget anerkjenner også at økningen i antall gjengangere er av en viss betydning, og deler bekymringen for den høye andelen reinnleggelser i psykisk helsevern, men er altså mer usikker på hvor mye av endringen som kan tilskrives samtykkevilkåret. Utvalgets vurdering er at flere forhold må tas i betraktning, herunder spesielt spesialisthelsetjenestens døgnkapasitet og utbygging av alternative lokalbaserte tjenestetilbud (se omtale i kapittel 2). Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det de siste årene har vært reduksjon i planlagt og frivillig døgnbehandling i psykisk helsevern, og utvalget mener at det er viktig å undersøke om dette i tilstrekkelig grad er kompensert med adekvate behandlingstilbud utenfor døgnavdelingene.

I den grad utviklingen har med lovendringene å gjøre, mener utvalget mangelfull implementering og samvirke mellom øvrige bestemmelsene er minst like viktig som selve samtykkevilkåret. Etter utvalgets syn kan også manglende opplæring i kompetansevurderinger ha bidratt til at terskel for manglende kompetanse har blitt satt for høyt, noe som kan ha hatt som konsekvens at enkeltpasienter ikke har fått den helsehjelp de burde ha hatt, med tilbakefall med påfølgende gjeninnleggelse som konsekvens (se omtale i kapittel 8).

En systematisk oversikt og metaanalyse av Akther fra 2019 finner at pasienter opplever en rekke negative konsekvenser ved å være tvangsinnlagt (Akther et al., 2019). En annen systematisk oversikt og metaanalyse av Stuart fra 2020 viser at tvangsinnleggelser kan ødelegge tilliten til helsetjenesten, og bidra til at noen ikke oppsøker hjelp frivillig (Stuart et al., 2020). Ut fra et brukerperspektiv kan det også ses på som en fordel med forhøyet terskelen for innleggelse og raskere overføring til frivillig behandling. Dette forutsetter likevel at pasienten tilbys frivillige behandlingsalternativer og at en eventuell forverring fanges raskt opp.

### 7.3.4 Forholdet mellom økt terskel for tvang og tilgang til helsehjelp

Utvalget erfarer at pasienter opplever at frivillig døgnbehandling er lite tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten, noe som også stemmer overens med utviklingstrekkene for døgnbehandling i psykisk helsevern som er beskrevet over og i kapittel 8. For eksempel beskriver brukerorganisasjoner at mange pasienter som selv oppsøker hjelp opplever å bli avvist og at brukerstyrte døgnplasser er lite tilgjengelige. Videre erfarer utvalget at pasienter opplever at behandlere har lite tid til relasjonsarbeid. Utvalget mener at stabile relasjoner med hjelpeapparatet og en persontilpasset behandling kan bidra til å redusere behovet for bruk av tvang overfor personer med alvorlig psykisk lidelse. Trygghet på tilbud om helsehjelp ved forverring kan være et viktig tillitsskapende bidrag for denne sårbare pasientgruppen.

En artikkel av Nyttingnes mfl. fra 2023 finner at områder med lavere rate for tvungent vern overfor personer med alvorlig psykisk lidelse ikke er forbundet med økt forekomst av uønskede utfall som økt dødelighet, økt varighet av innleggelse eller raskere reetablering av tvungent vern (Nyttingnes et al., 2023). Artikkelen er en longitudinell (langsgående) registerstudie som følger totalt 21 481 pasienter under tvungent vern i psykisk helsevern i perioden 2015–2018 i Norge. Funnene i artikkelen utfordrer oppfatningen om at økt terskel for tvangsbruk kan ha negative konsekvenser for pasientens helsetilstand med manglende ivaretakelse av alvorlige symptomer eller fare. Utvalget finner at dette er interessante funn, men påpeker samtidig at det er krevende å designe gode studier for effekten av tvang. Siden tvangsbruk vanskelig lar seg randomisere, vil det være vanskelig å sikre sammenliknbarhet på tvers av grupper. For å konkludere med at tvungent vern ikke innvirker på sykelighet og dødelighet, må man kjenne den sanne forekomsten av alvorlig psykisk lidelse, grad av symptomer og sammenhengen

tvangsbruk foregår i. Når disse faktorene er på plass, må tvangsbruken relateres til disse kontrollert for andre faktorer. Utvalget understreker at effekt av tvungent vern og tvungen behandling er av de viktigste pasientnære temaene å få klarlagt gjennom fremtidig forskning.

### 7.3.5 Tvangsmedisinering er fortsatt omstridt i en kompetansebasert modell

Likestilling- og diskrimineringsombudet (LDO) påpeker i sitt innspill til utvalget at de, sammen med Sivilombudet og Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), har de fremhevet at:

> Kunnskapsgrunnlaget om tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har positiv behandlingseffekt lenge har fremstått som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter. Samtidig er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemiddel har en rekke bivirkninger som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.

Hvite Ørn påpeker i sitt innspill til utvalget at «det mest krenkende som gjøres imot pasienter i psykisk helsevern er tvangsmedisinering.» Utvalget kjenner til disse synspunktene, men ser behov å komme med noen presiseringer.

Nyttingnes ser nærmere på konflikten mellom det kliniske perspektivet og brukerperspektivet på akuttbehandling av psykoser i en artikkel fra 2022. Han mener at helsetjenestens fokus på medikamentell tvangsbehandling ved akutte psykotiske kriser resulterer i en faglig, juridisk og menneskerettslig floke som kan forringe de positive virkningene av behandlingen. Etter hans mening er en videre utvikling av både medisinfrie og frivillige behandlingstilbud av akutte psykoser nødvendig, og særlig overfor pasientgruppen med manglende ønsket respons på antipsykotiske legemidler (Nyttingnes, 2022). Utvalget vurderer at disse innvendingene kan ha noe for seg, men vil fremholde at psykosebehandling skal by på en kombinasjon av medikamentell behandling, samtalebehandling og kunnskapsoppbyggende familiesamarbeid etter gjeldende nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013). Utvalget mener det antakelig er behov for styrking av medisinfrie tiltak, men vil påpeke at slik behandling allerede tilbys, ikke minst i rehabiliteringspoliklinikker på distriktspsykiatriske senter (DPS). Det er særlig behov for alternative behandlingstilbud til antipsykotiske legemidler for de pasientene hvor legemidlene ikke har effekt, og som blir lagt under tvang og blir medisinert mot sin vilje. Utvalget anerkjenner at dette mindretallet av pasienter utgjør en faglig og etisk utfordring for helsetjenesten. Etter de nevnte nasjonale faglige retningslinjene skal samtalebasert behandling inngå i behandling av alvorlig psykisk lidelse. Utvalget erfarer at dette kan være krevende å gjennomføre ved høyt symptomtrykk.

Samtidig vil utvalget fremheve betydningen av et bredt og individuelt tilpasset tilbud om behandling og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse. Viktige elementer i et slikt tilbud kan være fokus på samvalg, erfaringskonsulent, arbeidsrettet rehabilitering og musikkterapi og å tilrettelegge for sosialt samvær med andre. Personer med psykoseutfordringer har de samme relasjonelle, kulturelle, seksuelle og spirituelle behovene som alle andre, og et like stort behov for å være inkludert og samfunnsnyttige som den øvrige befolkningen. Recoveryorienterte tjenester knytter seg nærmere til brukerens levekår, hjem, sosiale nettverk og deltakelse i samfunnet. Et bedre tilpasset behandlingstilbud kan bidra til at disse personene mestrer symptomene sine bedre, kjenner mer tilknytning og opplever at hjelpetilbudet ser hele mennesket som lider. De trenger gode relasjoner og situasjoner for bedring av sine symptomer, som også bidra til å ivareta samfunnsvernet.

Utvalget erfarer at en del pasienter er positive til antipsykotiske legemidler, men at det er få som mener at medikamentell behandling er tilstrekkelig i seg selv. Utvalget mener at bruk av

antipsykotiske legemidler må inngå som en del av et helhetlig behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse. Utvalget mener at et økt fokus på relasjoner og mestringsfølelse i hverdagen, recovery og pasientens egen stemme i utformingen av hva som kan bidra til egen bedring er av betydning for pasienter. Det å gi behandling som ikke oppleves som positivt av pasienten, kan også oppleves som krevende for behandleren. På den andre siden kan pasienter gjenvinne beslutningskompetansen etter å ha brukt antipsykotiske legemidler over noe tid. Utvalgets vurdering er at denne funksjonshevende effekt, som også inntreffer hos mange pasienter som motsetter seg behandling, kan være av stor verdi for en psykotisk pasient.

### 7.3.6 Den samlede bruken av tvang er ikke redusert siden 2017

De analysene av registerdata som er omtalt i kapittel 6 viser en økning i tvungent vern og behandling uten samtykke etter 2017. Flere tvangsinnlegges, flere overføres til TUD og antall vedtak om behandling er nesten tredoblet. Det er heller ingen signifikante endringer i varigheten av tvungen døgnbehandling, men terskelen for å etablere tvungent vern kan være noe forhøyet. I kapitlet påpekes det at endret vedtakspraksis for pasienter uten samtykkekompetanse som samarbeider om behandlingen er å anse som en delforklaring til den utviklingen som observeres og at utviklingen kan være forskjellig i ulike pasientgrupper (pbrl. § 4-3 femte ledd). Utvalgets forståelse er likevel at det ikke er grunnlag for å konkludere med at den samlede bruken av tvang i psykisk helsevern er redusert de senere årene, og mener at forklaringen er sammensatt.

Til tross for at reduksjon i bruk av TUD var et viktig formål med lovendringene 2017, viser tall fra NPR at et økende antall pasienter blir underlagt TUD (se omtale i punkt 6.5.4). Utvalgets forståelse er at noe av økningen kan knyttes til endret vedtakspraksis for pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som samarbeider om behandlingen (pbrl. § 4-3 femte ledd). Det kan derfor heller ikke trekkes sikre konklusjoner om endringer i bruk av TUD etter 2017. Endringer knyttet til varigheten av TUD kan ikke belyses fra det som finnes av registerdata, men innspill fra tjenesten antyder at for noen pasientgrupper avsluttes TUD raskere som følge av samtykkebestemmelsen. Utvalget er kjent med at effekten av TUD er omdiskutert (Kisely et al., 2017; Rugkåsa, 2016). En artikkel av Barnett mfl. Fra 2018 fant ikke holdepunkter for at TUD reduserte reinnleggelser eller varigheten av innleggelser, men at TUD muligens kunne bidra til å sikre poliklinisk behandling (Barnett et al., 2018). Artikkelen var en systematisk oversikt og metaanalyse av 41 svært varierende studier av ulik kvalitet. Fra et brukerperspektiv vurderes verdien av TUD særlig begrenset dersom oppfølgingen ikke også omfatter FACT eller annen form for ambulant oppfølging. En full gjennomgang av effekten av TUD må ta inn mange ulike effektmål, som dødelighet, somatisk sykelighet, selvmord og effekt på kriminelle handlinger. Utvalget erfarer at det finnes få slike studier per i dag, og at det kan være en utfordring å finne sammenliknbare grupper.

Hvite Ørn påpeker i sitt innspill til utvalget at «de stadig økende tvangstallene blant annet skyldes feilaktig praktiseringen og en uthuling av lovbestemmelsen om samtykkekompetanse fra behandlingspersonellets side. Det er ikke loven eller selve utformingen av lovteksten som er det store problemet.» We Shall Overcome (WSO) påpeker i sitt innspill til utvalget at «å styrke selvbestemmelse og autonomi handler om mer enn å «ikke bruke tvang.» […] Innføringen av samtykkekompetanse som vilkår har ikke endret det som skjer før, når eller etter man beslutter å bruke tvang, og resultatene er deretter».

Mental Helse Ungdom påpeker i sitt innspill til utvalget at:

> erfaringene våre medlemmer har gjort med bruk av tvang kan ikke gjengis svart-hvitt. Mange har hatt svært negative erfaringer med tvang, mens enkelte har hatt positive erfaringer med tvang. Likevel vil vi understreke at tvang skal være siste utvei. Tvang skal aldri være en standardløsning eller en ressursbesparelse, slik det enkelte ganger kan gis inntrykk av, men brukes med kløkt og omsorg i svært vanskelige situasjoner.

Utvalget støtter disse betraktningene, og ønsker å betone betydningen av en nyansert tilnærming til bruk av tvang i psykisk helsevern.

I en artikkel fra 2019 argumenterer Syse at innføring av et samtykkevilkår og en lojal praktisering av det nye lovverket ikke i seg selv resulterer i tvangsreduksjon (Syse, 2019a). Syse påpeker at dersom man ønsker å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern krever dette en holdningsendring i fagfeltet om hvem som bør tvangsinnlegges og at det bygges opp frivillige alternativer til tvang for personer med alvorlig psykisk lidelse. Utvalget støtter disse argumentene, og mener at hovedmålet bør være å fremme en konsensusbasert riktig bruk av tvang som optimaliserer den sykes funksjonsnivå og derigjennom bidrar til å ivareta samfunnsvernet.

### 7.3.7 Lovendringer alene synes å ha begrenset betydning for tvangsbruk i psykisk helsevern

Helsetjenesten har beveget seg fra styring basert på helsepersonells skjønnsutøvelse til styring ved regler (Syse, 2015). En slik utvikling forutsetter at lovgivning som styringsverktøy påvirker klinisk praksis. Lovgivningens betydning som styringsverktøy for tvangsbruk i psykisk helsevern er omdiskutert. Selv om tvangslovgivningen i psykisk helsevern varierer betydelig mellom land, peker noen studier på at den nasjonale lovgivningen ikke i selv kan forklare variasjon i tvangsinnleggelser (Sheridan Rains et al., 2019). Andre studier antyder at lovgivning har betydning for disse variasjonene (Salize et al., 2004; Zinkler et al., 2002).

Den skjønnsmessige vurderingen av tvang beror bare delvis på lovverket. Den juridiske vurderingen knytter seg til vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Disse omfatter blant annet pasientens behandlingsbehov, forventet effekt av behandling og risiko ved manglende behandling. En rekke faktorer kan påvirke klinikeres forståelse av gjeldende tvangslovgivningen i psykisk helsevern, som rettstradisjon, kulturell forståelse av psykiske lidelser og helsetjenestens utforming (Carballedo et al., 2011). Samtidig kan den kliniske vurderingen bero på flere forhold som ikke direkte fremgår av loven, som pasientens fungering, erfaring, grad av motstand, nettverk og mulighet for oppfølging, klinikeren selv og tilgjengelighet av ressurser (Engleman et al., 1998; Feiring et al., 2014).

Myndighetene bruker en rekke styringsverktøy for å sikre at formålene om kvalitet og likebehandling i helsetjenesten blir ivaretatt. Disse styringsverktøyene omfatter juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler, kontrollordninger og klinisk beslutningsstøtte (Bringedal et al., 2018). Juridiske virkemidler omfatter lover og forskrifter som regulerer ulike deler av helsetjenesten. Helselovgivningen gir pasienter og brukere rettigheter, og helsepersonell og helsetjenesten motsvarende plikter. Økonomiske virkemidler består både av de økonomiske rammene til helsetjenesten og finansieringsordninger. Organisatoriske virkemidler i helsetjenesten omfatter strukturelle endringer for å sikre formålene om kvalitet og likebehandling. Kontrollordninger i helsetjenesten omfatter både tilsynsmyndigheter og rapporteringskrav. I psykisk helsevern spiller kontrollkommisjonene en særlig viktig rolle for å

gå sykehusets tvangsbruk etter i sømmene og sikre rettssikkerheten til pasienter (Høyer, 2016). Et styringsverktøy benyttes sjeldent alene. En endring av lov eller forskrift vil derfor kunne kreve at økonomiske og organisatoriske virkemidler benyttes. Utvalgets vurderer at lovendringene i 2017 i for liten tok hensyn til de økonomiske og organisatoriske virkemidlene et formål om redusert tvang og økt selvbestemmelse krever. Østenstad påpeker i en artikkel fra 2018 at det viktigste er ofte ikke hva lovteksten sier, men hvilket system som skal sikre at den etterleves (Østenstad, 2018). Utvalget støtter denne vurderingen, og mener at økonomiske og organisatoriske rammer er vel så viktig som lovverket for å begrense tvangsbruk i psykisk helsevern fremover (Hatling et al., 2022).

### 7.3.8 Samtykkekompetanse som vikarierende motiv for å avslutte behandling

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) skriver i sitt innspill til utvalget at «samtykkekompetanse blir brukt som begrunnelse for tidlig utskrivning etter tvangsinnleggelse, også når pasienten ikke motsetter seg videre behandling». Dette inntrykket er på linje med resultatene av de undersøkelsene forskergruppen ved Akershus universitetssykehus HF har gjennomført på oppdrag fra utvalget (se omtale i punkt 7.3.3 ovenfor). I sitt innspill til utvalget, påpeker Mental Helse Ungdom at:

> i praktiseringen av samtykkekompetansekriteriet ligger det stort potensiale for misforståelser og ansvarspulverisering. For det første mener Mental Helse Ungdom at manglende opplæring av helsepersonell og tilsynsmyndigheter knyttet til vurderingen og praktiseringen av vilkåret, kan bidra til en praksis som ikke er i tråd med intensjonene. Vi vil også påpeke at det påhviler kommunene, og spesialisthelsetjenesten, et stort ansvar for å følge opp samtykkekompetente pasienter som motsetter seg behandling, innenfor rammene av frivillighet. Når det ikke skjer kan en praksis som bunner i manglende oppfølging og mangel på ressurser, gi grobunn for at samtykkekompetanse trekkes i tvil, noe vi langt på vei mener at allerede er i ferd med å skje.

Utvalget støtter disse betraktningene, og understreker betydningen av både tilstrekkelig opplæring i praktisering av kompetansevurderinger og av samhandling og kontinuitet i behandlingen, også i de tilfeller der det ikke er grunnlag for å etablere tvungent vern. En kompetansebasert modell forutsetter derfor alternative behandlingstilbud til tvang for at intensjonen om økt selvbestemmelse skal bli en realitet. Slike behandlingstilbud finnes, men det er antakelig stor variasjon mellom ulike områder, DPSer og kommuner i kompetanse og kapasitet.

Disse innspillene er i tråd med funnene i SME-evalueringen fra april 2023, som finner at kompetansevurderinger kan bli tilpasset utenforliggende hensyn som tilgjengelige døgnplasser og vedtaksansvarliges holdninger og verdier. Rapporten finner at hensynet til tilgjengelige døgnplasser er særlig relevant for akuttpsykiatriske avdelinger, og at det er av mindre betydning på langtidsavdelinger. Funnene i rapporten tyder på at utfallet av en kompetansevurdering også avhenger av pasientens behandlingspotensial, hvor vurderingen av en pasient med et begrenset forventet behandlingspotensial er mer utsatt for utenforliggende ressurshensyn. Slike hensyn synes derimot å ha liten betydning for utfallet av kompetansevurderinger hos nysyke pasienter. Oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse over tid synes dermed å være særlig utsatt for ressurshensyn. Ifølge informantene i SME-evalueringen kan kompetansevurderinger også bli tilpasset holdningene og verdiene til den enkelte vedtaksansvarlige. Kompetansevurderingen ble beskrevet som tilpasningsdyktig og kunne tilpasses den enkelte vedtaksansvarliges vurdering av hva som var det beste utfallet

for pasienten. Det ble påpekt at samtykkekompetanse medførte en utvidelse av den eksisterende skjønnsmarginen i vilkårene for tvang, som gav vedtaksansvarliges holdninger og verdier et større spillerom.

Utvalget støtter vurderingen i SME-evalueringen av at mangelfull implementering av lovendringene, en streng forståelse av beviskravet («åpenbart»), manglende faglig eierskap til samtykkekompetanse, omstendelige vedtaksprosedyrer og begrenset opplæring og manglende validerte verktøy for kompetansevurderinger sannsynligvis har bidratt til at slike utenforliggende hensyn har fått større spillerom i kompetansevurderingene. Reduksjonen av tilgjengelige døgnplasser parallelt med innføringen av samtykkevilkåret kan også ha forsterket denne effekten. Utvalget vil samtidig fremheve at samtykkevilkåret ikke er mer skjønnsmessig enn de øvrige vilkårene for tvang i psykisk helsevernloven. Etter utvalgets mening er det lite som tilsier at samtykkevilkåret er mer utsatt for å bli tilpasset utenforliggende hensyn enn andre vilkår for bruk av tvang i psykisk helsevern.

### 7.3.9 Mangelfull ivaretakelse av rettssikkerheten til personer som mangler samtykkekompetanse uten nærmeste pårørende

Utvalget mener at gjeldende helselovgivning i for liten grad tar høyde for at personer uten samtykkekompetanse som ikke har noen det er naturlig å oppnevne som nærmeste pårørende. Dette gjelder særlig en del personer med alvorlig psykisk lidelse underlagt tvungent vern. Utgangspunktet er at nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir, jf. pbrl. § 1-3 bokstav b. Ved tvungent vern vil den som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten ha rettigheter som nærmeste pårørende uavhengig av hvem pasienten selv har oppgitt, med mindre særlig grunner taler imot (se nærmere omtale i punkt 10.4.1). Nærmeste pårørende kan også av ulike grunner ikke selv ønske å involvere seg. Personer med alvorlig psykisk lidelse uten samtykkekompetanse er særlig sårbare uten den rettssikkerhetsfunksjonen som nærmeste pårørende er ment å ha etter dagens lovverk.

Slik utvalget ser det, kan ikke ivaretakelse av pasientens rettssikkerhet basere seg på involvering av nærmeste pårørende alene. Tvangslovutvalget drøfter svakheter i dagens representasjonsordning mv., og utvalget støtter disse vurderingene (NOU 2019: 14, punkt 28.10.2.4–7 og lovutkast § 3-4 første ledd med merknader på s. 723 flg.). Utvalget anbefaler å utrede ulike løsninger, herunder vergemål, for å ivareta interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

## 7.4 Har behandlingsforløpene endret seg siden 2017?

Utvalget er bedt om å undersøke eventuelle endringer i pasientforløp på gruppenivå etter lovendringene, herunder hvorvidt pasientene får nødvendig og forsvarlig psykisk helsehjelp og behandling til rett tid. Som omtalt over har utvalget mottatt en rekke innspill som uttrykker bekymring for at pasienter ikke får den hjelpen de trenger. Innspillene kommer både fra pasient- og brukerorganisasjoner, fra pårørende og pårørendeorganisasjoner, fra helsetjenesten og fra kontrollorganene. Noen knytter bekymringene til samtykkevilkåret, men mange peker også på forklaringsfaktorer som ressurser, arbeidsdeling, samhandling, kompetanse, pårørendeinvolvering eller informasjonsutveksling. Utfordringer knyttet til slike forhold, som også utvalget mener kan ha betydning både for pasientforløpene og for helsetjenestens bruk av tvang, er også omtalt andre steder i rapporten. Utvalgets vurdering er at det er mer uklart hva som er de bakenforliggende årsakene til de observerte forholdene. Basert på analysene av registerdata som er gjennomført, mener utvalget også at det er uklart

om det samlet sett er grunnlag for å konkludere med *vesentlige endringer* i pasientforløp etter 2017. Uavhengig av årsak eller endring anerkjenner utvalget likevel at dette er beskrivelser som gir grunn til bekymring og som tyder på at det finnes en større gruppe av alvorlig syke mennesker som ikke får nødvendig helsehjelp. Utvalget anerkjenner også at betydningen av det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse for etablering og opprettholdelse av tvungent vern og behandling uten eget samtykke med sikkerhet vil variere på individnivå og at erfaringene kan være positive for noen, men negative for andre grupper av pasienter. Slike nyanser vil ikke fanges av samlet deskriptiv statistikk, men krever studier med en bredere tilnærming, og som ligger utenfor utvalgets rammer for kunnskapsinnhenting.

Analyser av registerdata som er presentert i kapittel 6 antyder at det kan være noe forhøyet terskel for etablering av tvungent vern etter 2017, og at en høyere andel av pasientene overføres til TUD etter en tid under tvungent vern med døgnopphold. Det observeres dermed en økning både i innleggelser som resulterer i en ikke-etablering og i pasienter underlagt TUD. Overordnet viser ikke analysene større bevegelser i sannsynlighet for reinnleggelse i perioden 2016–2022. Sannsynligheten for reinnleggelse er imidlertid generelt høy for pasienter som overføres til TUD og for pasienter som skrives ut etter en ikke-etablering av tvungent vern, og det har altså blitt flere slike innleggelser etter 2017. Når forløp med oppstart før 2017 sammenlignes med forløp med oppstart etter lovendringene i 2017, ser det også ut til å være en litt større gruppe av pasienter som har gjentatte tvangs- og akuttinnleggelser i siste del av perioden. Dette gjelder uavhengig av diagnose. Likevel har pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rusproblematikk i gjennomsnitt flere akutt- og tvangsinnleggelser per pasient og også økt sannsynlighet for reinnleggelse sammenlignet med andre pasienter.

I lys av observasjonene fra rapporterte aktivitetsdata for psykisk helsevern, mener utvalget at det viktigste spørsmålet å besvare er hvordan helsetjenesten bedre kan ivareta pasienter som har et behandlingsbehov, men som ikke oppfyller vilkårene for tvungent vern. Det kan være grunn til å tro at samtykkevilkåret til en viss grad har aktualisert dette spørsmålet, men samtidig peker også mye i retning av at denne utfordringen var nesten like aktuell før 2017. Utvalget mener derfor at man bør lete etter svar på dette spørsmålet også utenfor vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Spesielt er utvalget bekymret for at en svært høy andel av de som skrives ut fra døgnbehandling ikke har noen kontakt med spesialisthelsetjenesten den første tiden etter utskrivelsen (se omtale i kapittel 8). Dette gjelder i særlig grad for pasienter som henvises under tvungent vern, men der tvungent vern ikke etableres. Hovedinntrykket er at disse pasientene, som ofte har rus som tilleggsproblematikk, skrives ut raskt og uten videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. At mange av disse pasientene har nye akutte innleggelser og/eller henvendelser til legevakt kort tid etter utskrivning, indikerer underbehandling eller at dette er pasienter som ikke får hjelp de kan nyttiggjøre seg.

## 7.5 Mulige tiltak for å bedre utviklingen av det psykiske helsevernet fra et brukerperspektiv

### 7.5.1 Riktigere bruk av tvang gjennom frivillige behandlingsalternativer

Flere av innspillene til utvalget uttrykker bekymring for manglende frivillige behandlingsalternativer til kompetente personer med alvorlig psykisk lidelse. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) skriver i sitt innspill til utvalget at:

> eventuelle utilsiktede effekter av lovendringens intensjon om økt autonomi og mindre tvangsbruk bør ses i sammenheng med behov for styrking av lokalbaserte tjenester. Det er behov for bedre ivaretagelse og hjelp til personer som har økt risiko for tvangsinnleggelse, før situasjonen blir så alvorlig at en tvangsinnleggelse er nødvendig.

Pasient- og brukerombudet uttrykker bekymring i sitt innspill til utvalget for at «pasienter som er alvorlig psykisk syke, men likevel ansett for å være samtykkekompetente, går uten behandling.» WSO fremhever i sitt innspill til utvalget at «manglende kapasitet og samarbeid i tjenestene og manglende kompetanse på metoder å jobbe på som fremmer selvbestemmelse er et problem som går ut over de som sliter tyngst og har behov for mest støtte. Behovet for fleksible, tillitsbaserte tjenester er særlig høyt for denne gruppen, og det er de som får det minst.» Utvalget deler denne bekymringen, og mener at en kompetansebasert modell må fokusere på at frivillige behandlingstilbud bygges opp ytterligere for denne sårbare pasientgruppen.

I et forsøk på å bidra til tvangsreduksjon, krevde Helse- og omsorgsdepartementet at alle helseforetak etablerte medisinfrie behandlingstilbud i 2010. Departementets strategidokument «Bedre kvalitet – økt frivillighet» fra 2012 skulle legge til rette for dette. Det var først da departementet satt en tydelig frist til de regionale helseforetakene i 2016 at flere medisinfrie behandlingstilbud ble etablert (Nyttingnes, 2022). Senere evalueringer av flere slike medisinfrie tilbud viste at de dårligste pasientene i liten grad var omfattet. En rapport om de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern av Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT) fra 2018 viser at behandlingen i hovedsak bestod av intensiv psykososial behandling for ikke-akutte symptomer (Bjørgen et al., 2018). En artikkel av Standal mfl. fra 2021 viser at en del av pasientene som mottok medisinfri behandling i Norge ikke hadde psykoselidelse (Standal et al., 2021). Utvalget mener at det psykiske helsevernet fortsatt bør utvikle og tilpasse behandlingstilbudet til mennesker med alvorlige sinnslidelser. Etter utvalgets mening vil et økt behandlingstilbud som retter seg mot å bedre funksjonen i hverdagen (ADL) være av betydning for denne sårbare pasientgruppen, og et slik behandlingstilbud bør være mer enn legemidler, noe også psykoseretningslinjen fra 2013 understreker. Utvalget mener at et generelt formål om tvangsreduksjon som styringssignaler bør nyanseres, og i stedet rette seg mot riktigere tvangsbruk og gode frivillige behandlingstilbud. Lovendringene i 2017 var ett i en rekke av tiltak over flere år som ikke har oppnådd formålet om å redusere tvangsbruk.

En artikkel av Hatling og Bugge fra 2022 påpeker at hvis man skal kunne redusere bruk av tvang, må man samtidig jobbe med komplementære tiltak for å styrke frivillighet og samarbeid (Hatling et al., 2022). Å redusere tvang forutsetter at ulike metoder blir brukt og at tiltak rettes mot alle nivå av helsetjenesten, og er en langsom og kontinuerlig prosess som krever nasjonal koordinering og styring mot spesifikke mål med lokal forankring. Helsetjenesten må ta eierskap til prosessen og lokalt organisere og tilpasse nødvendige aktiviteter for å oppnå tvangsreduksjon ifølge Hatling og Bugge (Hatling et al., 2022). Utvalget støtter disse

betraktningene, og vil samtidig påpeke at et generelt formål om tvangsreduksjon er for upresist og at det må utdypes for å synliggjøre den store bredden i tvangsbruk. Etter utvalgets syn bør formålet være at tvangsbruk skal være riktig og nyttig for pasienten eller nødvendig for å verne samfunnet. Ved både å fokusere på riktigere tvangsbruk og gode frivillige behandlingstilbud, kan bruk av tvang samtidig reduseres.

Både NAPHA og Psykologforeningen fremhever betydningen av å forankre tvangsforebygging i kommunale tjenester i sine innspill til utvalget. De viser til en forskningsbasert kommunal intervensjon (Reducing Coercion in Norway (ReCoN)) som retter seg mot ledelse og monitorering av data, bruker- og pårørendemedvirking, kompetanseheving på flere område, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene og innad i kommunen og individuell tilpasning av tjenester (Wormdahl et al., 2022). Utvalget støtter disse forslagene til tiltak, og mener at et bredt og tilpasset tilbud i kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre behandling og dermed også bedre ivaretakelse av samfunnsvernet. Utvalget vil også legge til at ordninger som arbeidsrettet rehabilitering kan bidra til at personer med alvorlig psykisk lidelse får bruke sine ressurser i et ordinært lønnet arbeid, og involverer også NAV. En oversiktsartikkel av Joyce mfl. fra 2015 (Joyce et al., 2016) og en artikkel av Jäckel mfl. fra 2017 (Jäckel et al., 2017) viser at individuelt tilpasset arbeid kan bidra til økt livskvalitet og symptombedring hos personer med psykiske lidelser. Utvalget mener at både tvangsforebygging og frivillige alternativer bør være sentrale deler av behandlingstilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse. Brukermedvirkning og en opplevelse av delaktig i egen behandling spiller viktige roller i en nødvendig utvikling med mer persontilpassede behandlingstilbud.

Utvalget mener at spørsmålet om helsehjelp også handler om hvilke tilbud en pasient ønsker og evner å benytte seg av og at dette perspektivet i større grad bør vektlegges. Både lokalbaserte tjenestetilbud som ACT- og FACT-team (se omtale kapittel 8) og tilbud i kommunehelsetjenesten (se omtale i kapittel 9) er under oppbygging. I de fleste rehabiliteringspoliklinikker tilbys samtalebehandling individuelt eller i gruppe også til personer med psykoselidelser som ikke ønsker medikamentell behandling. Noen lokalbaserte frivillig tilbud omfatter musikk- og kunstterapi og fysisk trening som behandling. På kommunalt nivå finnes turgrupper, arbeidsfremmende tiltak som arbeidsrettet rehabilitering og samtalebasert oppfølging fra det psykiske helsevernet. Mange pasienter har god nytte av disse frivillige tiltak. For eksempel påpeker Ukom i sin rapport fra 2023 at arbeidsrettet rehabilitering kan spille en viktig rolle i oppfølgningen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). På den annen side må helsepersonell gi forsvarlig helsehjelp. Det er velkjent at en del pasienter har tilstander som tilsier at vilkårene for tvungent vern er oppfylt i noen perioder, men ikke oppfylt i andre. Det er derfor vanskelig å unngåta at noen personer under frivillig vern vil kunne bli sykere og trenge andre behandlingstilbud i perioder.

### 7.5.2 Behov for beslutningsstøtte og tilrettelegging for samvalg

Utvalget mener det er behov for å legge til rette for økt beslutningsstøtte for pasienter og brukere. Dette vil ha betydning generelt i psykisk helsevern, men spesielt ved vurdering av beslutningskompetanse. Med beslutningsstøtte mener utvalget ulike tiltak for å styrke pasientens evne til å ta en beslutning for seg selv og for å gi uttrykk for egne synspunkter, også under tvang. Beslutningsstøtte vil også legge til rette for at personen selv kan utnytte sin kapasitet på best mulig måte for å ta en beslutning om blant annet endringer i behandlingen.

I likhet med Tvangslovutvalget, mener utvalget at Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder CRPD, tilsier at personer det er aktuelt å benytte tvang overfor skal ha mulighet til å utnytte sitt potensial for selvbestemmelse ved å legge til rette for informerte beslutninger. Utvalget støtter Tvangslovutvalgets gjennomgang av beslutningsstøtte, og viser til NOU 2019: 14 kapittel 20. Etter utvalgets mening er det behov for å utrede hvordan beslutningsstøtte best mulig kan utformes, iverksettes og gis prioritet. Dette er et svært viktig tiltak for at den kompetansebaserte modellen kan fungere så godt som mulig.

Utvalget mener at også opplæring i metoder for samvalg kan bidra til bedre kompetansevurderinger. Samvalg innebærer at pasienten inkluderes i et samarbeid med helsepersonell om valg av behandling. Ved at helsepersonell gir pasienten informasjon om fordeler og ulemper med alternative behandlingsvalg, kan pasienten vurdere disse opp mot hverandre ut fra egne preferanser å ta et valg med støtte av helsepersonell. En artikkel av Haugom mfl. fra 2020 finner at helsepersonell i det psykiske helsevernet forstår samvalg som at de skal informere pasienter med psykoselidelser om alternative antipsykotiske legemidler fremfor øvrige behandlingsalternativer (Haugom et al., 2020). Artikkelen finner at helsepersonell i det psykiske helsevernet har en begrenset forståelse av samvalg. Utvalget mener at økt kompetanse og større vektlegging av samvalg, brukermedvirkning og beslutningsstøtte i det psykiske helsevernet kan heve kvaliteten både på kompetansevurderinger og beslutningen om hva som er riktig behandling. Det finnes også egne samvalgsverktøy til bruk ved psykose som kan gjøre det enklere for helsepersonell å diskutere fordeler og ulemper ved behandlingsalternativer med pasienten som utvalget mener helsetjenesten i større grad bør ta i bruk (Helsenorge, 2021).

### 7.5.3 Individuelt tilpasset behandling og oppfølging kan bidra til bedre ivaretakelse av samfunnsvern og redusert stigmatisering av personer med alvorlig psykisk lidelse

Utvalget mener at det i debatten de senere årene har vært en økt vektlegging av det psykiske helsevernets rolle for å ivareta samfunnsvernet. Dette ble også forsterket av lovendringene i 2017. Dreiningen i fokus kan bidra til stigmatisering av personer med alvorlig psykisk lidelse. Diskriminering og opplevelse av utenforskap for personer med alvorlig psykisk lidelse er ikke bare en ekstra belastning av sykdommen, men gir også økt risiko for rusmiddelbruk, fattigdom og selv å bli utsatt for vold. Stigma, feiloppfatninger og skam er betydelige tilleggsbelastninger for personer med alvorlig psykisk lidelse. Det er særlig viktig at helsetjenesten ikke forsterker dette gjennom et stigmatiserende språk eller lovverk. Det er kun et fåtall av personer med alvorlig sinnslidelse, som har et forhøyet voldspotensial, særlig hvis effektiv psykosebehandling er etablert. Medias vinkling av tragiske enkelthendelser hvor personer med psykisk lidelse har begått svært alvorlige voldshandlinger, kan påvirke diskusjonen om tvangsbruk også overfor personer som ikke har et voldspotensial. Selv om utvalget ser med stort alvor på slike hendelser, er det utvalgets mening at lovverket for det psykiske helsevernet ikke i for stor grad bør utformes med et ensidig siktemål å ivareta samfunnsvernet.

Utvalget mener at behandling av god kvalitet gir best ivaretakelse av samfunnsvernet. Etter utvalgets oppfatning er det ikke tvang i seg selv som gjør at pasienter får det bedre, men tvang kan i noen tilfeller legge til rette for at personen får nødvendig behandling som igjen kan bidra til å redusere et eventuelt farepotensial. Utvalget mener at økt kompetanse i spesialist- og kommunehelsetjenesten om forebygging av tvang og håndtering av aggresjons- og voldssituasjoner er viktig. Det finnes en rekke tiltak for oppfølging i kommune- og spesialisthelsetjenesten som i liten grad er tatt i bruk.

Etter utvalgets mening er det viktig å forberede og informere samfunnet om at personer med alvorlig psykisk lidelse i større grad vil være en del av fellesskapet som følge av nedlegging av døgnplasser og økt vektlegging på selvbestemmelse. Bedre inkludering av personer med alvorlig psykisk lidelse i arbeidsliv og lokalsamfunn kan virke forebyggende på utenforskap og diskriminering. Det er spesielt viktig at lokalt politi, sosiale tjenester og helsetjenesten møter personene med ønske om dialog og samarbeid. Et systematisk holdningsarbeid over tid kan bidra til inkludering, håp og trygge relasjoner og samtidig gi redusert symptomtrykk hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

## 7.6 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener at innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse har bidratt til å sikre økt selvbestemmelse og ivaretakelse av rettssikkerheten til pasienter i det psykiske helsevernet. Etter utvalgets syn kan en kompetansebasert modell bidra til utvikling av arbeidsformer som bygger på brukermedvirkning med samarbeid og kontinuitet over tid. Slike arbeidsformer kan for eksempel være bruk av individuell plan, kriseplan og ACT- og FACT-team (se omtale i kapittel 8). Andre eksempler er utvikling av recoveryorienterte tjenester som knyttes nærmere brukerens levekår, hjem, sosiale nettverk og deltakelse i samfunnet. Utvalget mener at samtykkevilkåret forsterker behovet for frivillige og ambulante tjenester og et velfungerende samarbeid mellom pasient, pårørende og spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Basert på analysene av registerdata som er gjennomført, mener utvalget også at det er uklart om det samlet sett er grunnlag for å konkludere med *vesentlige endringer* i pasientforløp etter 2017. Uavhengig av årsak eller endring anerkjenner utvalget likevel at dette er beskrivelser som gir grunn til bekymring og som tyder på at det finnes en større gruppe av alvorlig syke mennesker som ikke får nødvendig helsehjelp. Utvalget anerkjenner også at betydningen av det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse for etablering og opprettholdelse av tvungent vern og behandling uten eget samtykke med sikkerhet vil variere på individnivå og at erfaringene kan være positive for noen, men negative for andre grupper av pasienter. Slike nyanser vil ikke fanges av samlet deskriptiv statistikk, men krever studier med en bredere tilnærming, og som ligger utenfor utvalgets rammer for kunnskapsinnhenting.

De siste årene har det vært reduksjon i planlagt og frivillig døgnbehandling i psykisk helsevern, og utvalget vurderer at denne utviklingen ikke er i tilstrekkelig grad er kompensert med adekvate behandlingstilbud utenfor døgnavdelingene. I den grad utviklingen har med lovendringene å gjøre, mener utvalget mangelfull implementering og samvirke mellom øvrige bestemmelsene er minst like viktig som selve samtykkevilkåret. Etter utvalgets syn kan også manglende opplæring i kompetansevurderinger ha bidratt til at terskel for manglende kompetanse har blitt satt for høyt, noe som kan ha hatt som konsekvens at enkeltpasienter ikke har fått den helsehjelp de burde ha hatt, med tilbakefall med påfølgende gjeninnleggelse som konsekvens.

Utvalget vurderer at mangelfull implementering av lovendringene, en streng forståelse av beviskravet («åpenbart»), manglende faglig eierskap til samtykkekompetanse, omstendelige vedtaksprosedyrer og begrenset opplæring og manglende validerte verktøy for kompetansevurderinger sannsynligvis har bidratt til at slike utenforliggende hensyn har fått større spillerom i kompetansevurderingene. Reduksjonen av tilgjengelige døgnplasser parallelt med innføringen av samtykkevilkåret kan også ha forsterket denne effekten. Utvalget vil samtidig fremheve at samtykkevilkåret ikke er mer skjønnsmessig enn de øvrige vilkårene for tvang i psykisk helsevernloven. Etter utvalgets mening er det lite som tilsier at

samtykkevilkåret er mer utsatt for å bli tilpasset utenforliggende hensyn enn andre vilkår for bruk av tvang i psykisk helsevern

Utvalget mener at behandling av god kvalitet i psykisk helsevern forutsetter brukermedvirkning. Brukermedvirkning er spesielt viktig for personer med alvorlig psykisk lidelse, som ofte er særlig sårbare. Når pasienten mangler beslutningskompetanse og er underlagt tvang, er det avgjørende å hjelpe pasienten til å få frem hva vedkommende vil. Utvalget mener at bedre implementering av beslutningsstøtte og en diagnosenøytral tvangslovgivning i psykisk helsevern følger av Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder CRPD. Utvalget mener at økt ansvarliggjøring av pasienten og mer eierskap til egen behandling kan heve kvaliteten på behandlingen. Etter utvalgets syn kan økt brukermedvirkning og en klinisk praksis som inkluderer innspill fra pasienten selv og nærmeste pårørende gi økt helsegevinst for personer som er underlagt tvang. Dette kan medføre økt ressursbruk på kort sikt, men er kostnadseffektivt på lengre sikt fordi det blant annet kan bidra til å forebygge bruk av tvang. Det er utvalgets vurdering at det er behov for økt bevissthet om betydningen av brukermedvirkning i psykisk helsevern.

Utvalget mener tvangsmedisinering overfor et mindretall av pasienter som ikke har effekt av antipsykotiske legemidler er problematisk. Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser fastslår at god behandling består av flere deler enn antipsykotiske legemidler. Det er dermed ikke noe særegent med et persontilpasset behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Utvalget ser med bekymring på at satsingen på medisinfrie behandlingstilbud ikke har ført til et effektivt behandlingstilbud som inkluderer tvangsbruk. Satsingen på medisinfrie behandlingstilbud ble i liten grad ledsaget av forskning som kunne vise om disse tilbudene var til hjelp for denne pasientgruppen som har risiko for tvangsinnleggelser i psykisk helsevern. Utvalget ser behov for at både medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstilbud videreutvikles gjennom forskning og behandlingsutvikling. Det er utvalgets vurdering at forskning på blant annet effekten av en meningsfull hverdag og relasjoner på psykotiske symptomer er mangelfull, og mener det særlig er behov for nyskapende forskning på ikke-medikamentelle behandlingstilbud ved alvorlig psykisk lidelse.

Utvalget mener at behandling av god kvalitet forebygger tvang og kan bidra til bedre ivaretakelse av samfunnsvernet. Etter utvalgets syn, er det viktig å heve kompetansen i spesialist- og kommunehelsetjenesten om forebygging av tvang og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk. Det finnes en rekke tiltak for oppfølging i kommune- og spesialisthelsetjenesten som i liten grad er tatt i bruk, forsterkede kommunale bo- og tjenestetilbud og oppsøkende behandlingsteam (FACT, RusFACT og spesielt FACT Sikkerhet) som går på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten og modeller, metoder og program som for eksempel Early Recognition Method (ERM) og Møte med aggresjon (MAP)). Etter utvalgets vurdering, er det behov for å implementere nasjonale faglige råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne fra 2021 som del av det videre implementeringsarbeidet med beslutningskompetanse.

# 8 Spesialisthelsetjenestens situasjon og perspektiver på samtykkevilkåret

## Oppsummering

- Samtykkebestemmelsen fra 2017 må forstås som en av flere forklaringsfaktorer som har betydning for behandlingstilbudet til alvorlig psykisk syke personer i de senere år.
- Det har vært langvarig aktivitetsvekst uten økt ressursinnsats i psykisk helsevern og tjenesten bærer preg av å være under press. Utvalget er bekymret for at pasienter med stort hjelpebehov ikke får den behandlingen og oppfølgingen de har behov for. Befolkningens tilgang til døgnbehandling i psykisk helsevern er begrenset, og det tilbudet som eksisterer er dominert av korttids- og akuttbehandling, og omfatter ofte tvungent psykisk helsevern. Dette inntrykket har blitt forsterket i de siste årene.
- En presset ressurssituasjon i psykisk helsevern kan påvirke kompetansevurderingene. Lite ressurser kan også medføre økt risiko for utageringssituasjoner i helsetjenesten, som igjen kan medføre økt bruk av tvang og gå utover arbeidsmiljøet.
- Det foreligger en antagelse om forskjeller i lovfortolkningen og praksisforskjeller i vurderinger knyttet til tvang. Antagelsen støttes både av innspill til utvalget og av registerdata som for noen måleparameter viser økte geografiske forskjeller i tvangsbruk. Spesialisthelsetjenesten etterlyser opplæring og tilgang til verktøy for å kunne gjøre gode kompetanse- og farevurderinger ved etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern.
- Tvang er et alvorlig inngrep, og det er viktig at vedtak begrunnes godt med tanke på etterprøvbarhet og rettssikkerhet. Lovendringene i 2017 bidro til en økning i andelen av sin arbeidstid vedtaksansvarlige bruker til å administrere vedtak og klagebehandling av disse. Krav til detaljerte og omfattende vedtak synes å ha gått på bekostning av relasjonsbygging, individuell tilrettelegging og faglighet i vurderinger av pasienter. Andre deler av lovendringene, som innføringen av phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a, synes ha vært mer tidkrevende enn samtykkevilkåret.
- Ansatte i helsesektoren er mer utsatt for vold og trusler i arbeidslivet enn andre arbeidstakergrupper. Selv om det er klare indikasjoner på økt vold og trusler mot helsepersonell det siste tiåret, er ikke utvalget kjent med tallgrunnlag som kan belyse om dette har vært en økende utfordring etter lovendringene i 2017.
- Innspill og erfaringer viser at det eksisterer utfordringer knyttet til samhandling på tvers av ulike instanser. Disse utfordringene knytter seg blant annet til lovverket, uavklarte forventninger, finansieringsmodellen og IKT-systemer som ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for god samhandling.
- Økt selvbestemmelsesrett for pasienter med vekslende samtykkekompetanse aktualiserer viktigheten av helhetlige tjenester, tvangsforebyggende tiltak og gode alternativer til tvang.

## 8.1 Innledning

Selv om lovendringene i 2017 skapte forventninger om økt selvbestemmelse og mindre bruk av tvang i psykisk helsevern, viser registerdata etter 2017 økte tvangstall. Utviklingen er beskrevet i kapittel 6. Økningen gjenfinnes for flere tvangsformer og måleparameter og er gjennomgående større enn det som kan forventes fra befolkningsveksten i perioden. Det observeres også en litt større gruppe av pasienter med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser når aktivitetsdata for 2021–2022 sammenlignes med data for 2015–2016. Samtidig øker andelen av ikke-etableringer etter henvisning for tvungent vern. Det ser altså ut til at terskelen for å etablere tvungent vern kan være noe forhøyet etter 2017, men siden flere henvises har antall tvangsinnleggelser likevel økt. Det observeres også at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) benyttes mer i 2022 enn før lovendringene, og en stor del av den observerte økningen i tvangsinnleggelser gjelder pasienter innlagt fra TUD. Det er usikkert hva som ligger bak disse utviklingstrekkene, men innspill og erfaringer som er delt med utvalget tyder på at samtykkevilkåret, eller praktiseringen av dette, har hatt noe betydning for praksis og de endringene som observeres. Det er også viktig å være oppmerksom på at statistikk på aggregert nivå kan skjule forskjeller mellom pasientgrupper.

Utvalgets vurdering er at samtykkevilkåret fra 2017 må forstås som én av flere faktorer som har betydning for praksis i psykisk helsevern og behandlingstilbudet til alvorlig psykisk syke de senere årene. Flere forhold må tas i betraktning, og det gjelder særlig forhold som vanskeliggjør kontinuitet i pasientbehandlingen og tvangsforebyggende arbeid. Dette kapitlet beskriver derfor innledningsvis enkelte utviklingstrekk for psykisk helsevern som utvalget mener samspiller med tjenestens praktisering av samtykkevilkåret eller som i seg selv kan tenkes å ha bidratt til noen av de utfordringer mandatet peker på.

Dersom ikke annet er beskrevet er statistikken som presenteres basert på registerdata fra Norsk pasientregister (NPR), jf. omtale i kapittel 2. Analysegrunnlaget dekker aktivitetsdata for psykisk helsevern for pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre og er, på forespørsel fra utvalget, tilrettelagt av analyseressurser i Helsedirektoratet.

## 8.2 Aktuell situasjon

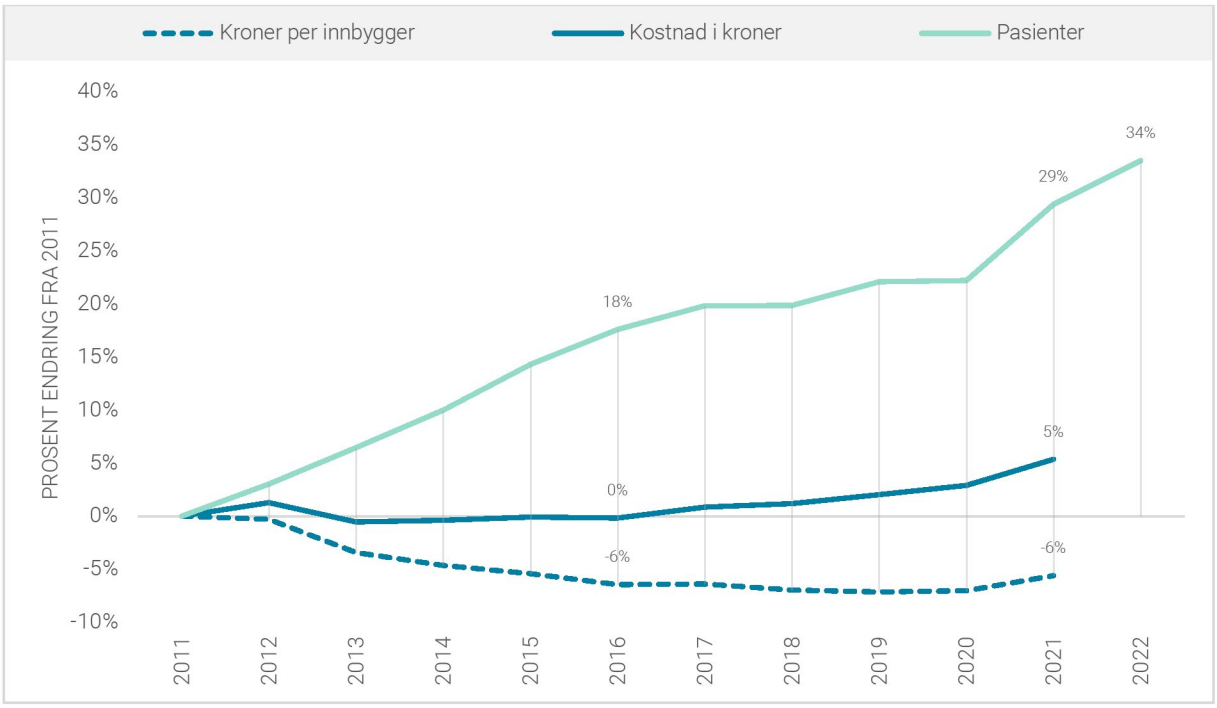
Tabell 8.1 gir en oppsummering av utvalgte aktivitetstall for psykisk helsevern i årene 2016, 2018 og 2022. Tabellen viser at det i 2022 var til sammen 185 000 pasienter i aldersgruppen 16 år eller eldre som hadde vært til behandling i en offentlig finansiert poliklinikk, på et distriktspsykiatrisk senter (DPS) eller i en psykiatrisk sykehusavdeling i psykisk helsevern. De alle fleste pasientene i psykisk helsevern behandles poliklinisk og på frivillig grunnlag, men seks prosent av pasientene hadde hatt én eller flere erfaringer med bruk av tvang i forbindelse med innleggelse eller behandling dette året. Av 47 000 innleggelser til psykiatrisk døgnavdeling i 2022 var 9 400 (20 prosent) av innleggelsene en tvangsinnleggelse under vedtak om tvungen observasjon (TO) eller tvungent psykisk helsevern (TPH). For ytterligere 5 400 innleggelser ble pasienten søkt innlagt til tvungent vern uten at det ble etablert fordi vilkårene i psykisk helsevernloven ikke ble vurdert oppfylt av den vedtaksansvarlige (ikke-etableringer). Tabellen viser også at halvparten av døgnoppholdene i 2022 var avsluttet innen sju døgn, og at gjennomsnittlig varighet av døgnbehandling i psykisk helsevern var 21 døgn. For 18 prosent av utskrivningene ble pasienten reinnlagt akutt innen 30 dager. På aggregert nivå har ikke varigheten av døgnbehandlingen eller sannsynlighet for reinnleggelse endret seg av betydning etter 2016, men en økende andel av innleggelsene er akuttinnleggelser og basert på tvang.

| Aktivitetsmål | 2016 | 2018 | 2022 | Endring 2016 - 2022 |
|---|---|---|---|---|
| Pasienter (døgn/poliklinikk) | 162 862 | 165 094 | 185 406 | 14 % |
| - Herav døgnpasienter | 27 923 | 27 893 | 28 309 | 1% |
| - Herav henvist til eller underlagt tvungent vern m/u døgnopphold | 9 802 | 9 458 | 11 498 | 17% |
| Polikliniske kontakter | 2 155 245 | 2 060 632 | 2 261 070 | 4% |
| Innleggelser | 47 027 | 47 161 | 46 929 | -0% |
| - Herav akuttinnleggelser | 32 051 | 32 527 | 33 496 | 18% |
| - Herav tvangsinnleggelser | 8 056 | 7 994 | 9 401 | 17% |
| - Herav ikke-etableringer | 4 431 | 4 483 | 5 366 | 21% |
| Varighet av døgnopphold i dager (gjennomsnitt/ median) | 21,8/ 7 | 21,7/7 | 21,3/ 7 | |
| Reinnlagt akutt ila 30 dager (Andel av utskrivningene) | 19% | 19% | 18% | |

Tabell 8.1: Aktivitet i psykisk helsevern i perioden 2016 - 2022. Gjelder pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

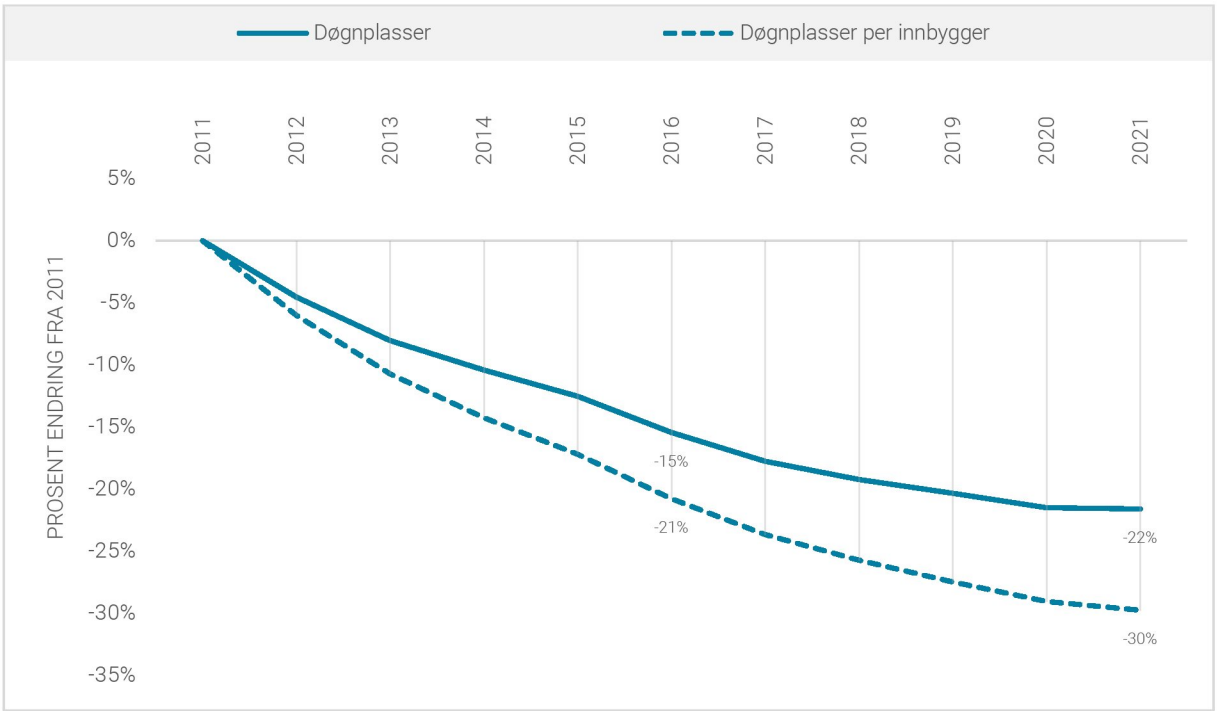
### 8.2.1 Langvarig vekst i behandlingsaktivitet i psykisk helsevern uten økt tilførsel av ressurser

Det har over flere år vært en betydelig tilvekst av pasienter i psykisk helsevern. I perioden 2011-2022 var økningen på 34 prosent i helsetjenester for voksne. Figur 8.1 viser at veksten var særlig sterk før 2017 og etter nedstengingen i pandemiåret 2020. Veksten i behandlingsaktivitet er utelukkende knyttet til polikliniske og oppsøkende tjenester, mens døgnaktiviteten har blitt redusert. Ved utgangen av 2021 utgjorde døgnkapasiteten i psykisk helsevern 0,8 døgnplasser per 1 000 voksne innbyggere. Figur 8.2 viser at kapasiteten er redusert gjennom hele perioden 2011 til 2021, og totalt 30 prosent målt per innbygger.




Figur 8.1: Aktivitetsvekst og ressursinnsats i psykisk helsevern for voksne. Gjelder utvikling i perioden 2011 – 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - Samdata/ NPR.

Note: Kostnadsutviklingen er korrigert for prisvekst i perioden.




Figur 8.2: Døgnkapasitet i psykisk helsevern for voksne. Gjelder utvikling i perioden 2011 – 2021.
Kilde: Helsedirektoratet – Samdata.

Parallelt med at pasienttallet har økt de siste årene, har ressursbruken blitt redusert i psykisk helsevern. Gjennom Samdata-prosjektet (Helsedirektoratet, 2023c), publiserer Helsedirektoratet årlig tall og analyser som belyser bruk av ressurser i spesialisthelsetjenesten. Tall for 2021 viser at de samlede kostnadene til psykisk helsevern for voksne dette året

utgjorde 21,8 mrd. kroner. Dette tilsvarer om lag 5 000 kroner per voksne innbygger i Norge. Målt i inflasjonsjusterte kroner har spesialisthelsetjenestens kostnader til psykisk helsevern for voksne økt med til sammen fem prosent i løpet av perioden 2011-2021. Dette er mindre enn befolkningsveksten, og kostnad per innbygger er redusert seks prosent. Også denne utviklingen fremgår av figur 8.1.

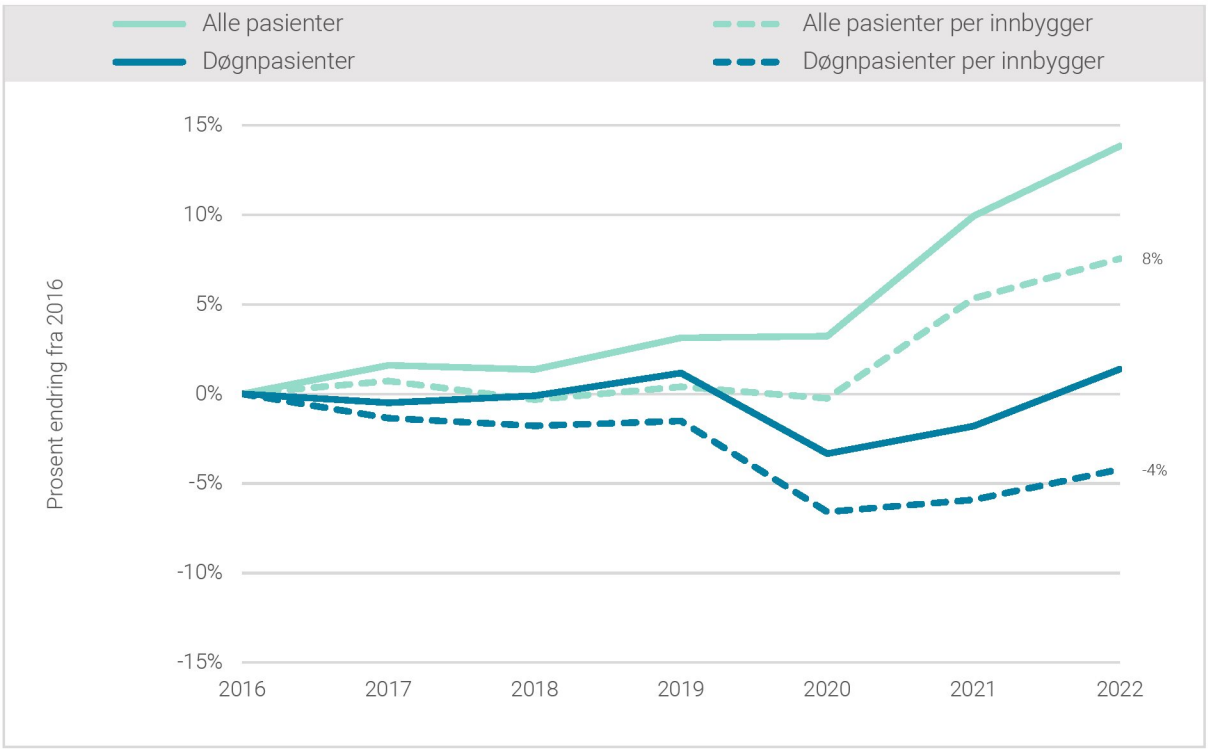
Fem prosent realvekst for siste tiårsperiode og 29 prosent vekst i pasienttallet, betyr at psykisk helsevern, i gjennomsnitt, brukte vesentlig mindre penger per pasient i 2021 enn i 2011. Samtidig har kostnadsveksten i andre deler av spesialisthelsetjenesten vært høyere enn i psykisk helsevern. Helsemyndighetene har vært oppmerksomme på denne utviklingen, og «den gylne regel» har fra 2014 stilt eksplisitte krav om mervekst for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennom de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter. Fra politisk hold var dette et forsøk på å stimulere til prioritering av disse tjenesteområdene. I praksis har det vist seg vanskelig å få det til. Samdata-analysene fra 2021 viste at ingen av de regionale helseforetakene hadde oppfylt myndighetenes prioriteringskrav i perioden 2016-2020 (Pedersen et al., 2020). Det kan derfor hevdes at det over tid har skjedd en økonomisk omfordeling fra psykisk helsevern til den somatiske spesialisthelsetjenesten. Nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern må likevel ses i sammenheng med at psykisk helsearbeid på kommunalt nivå, inkludert tilrettelagte boliger, er styrket tilsvarende 4 000 årsverk i samme periode (se omtale i kapittel 9).

### 8.2.2 Redusert døgnkapasitet og omfordeling av ressurser til nye pasientgrupper

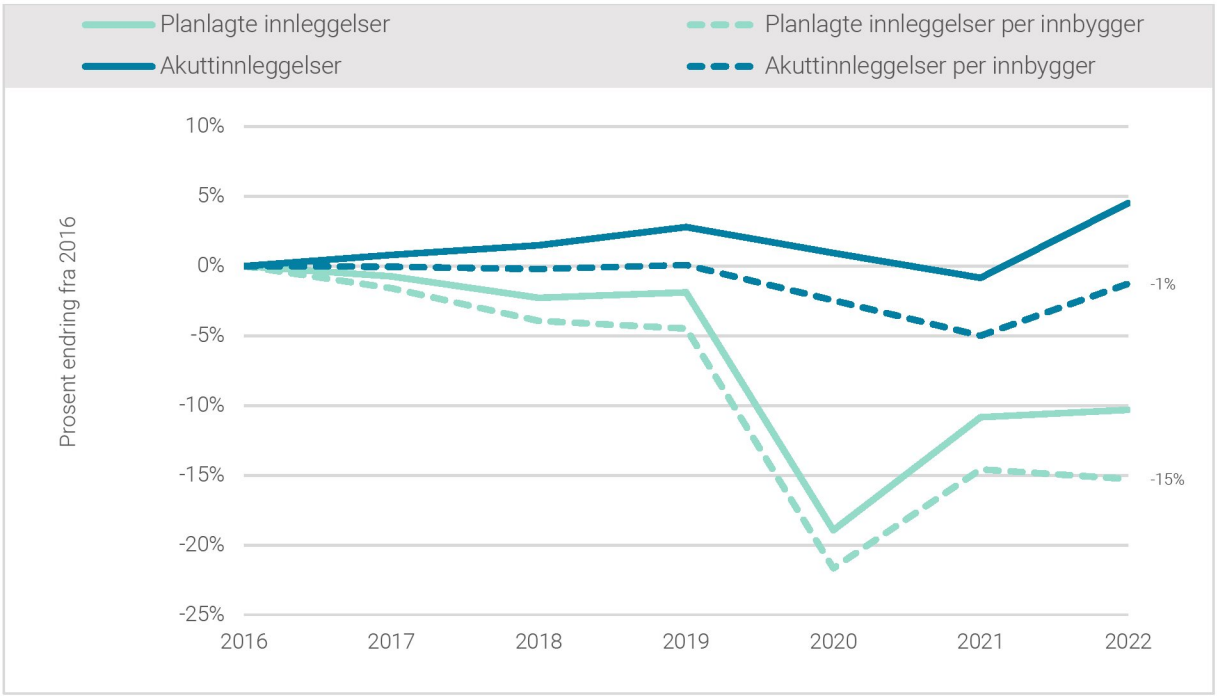
Selv om det har vært en begrenset kostnadsvekst i psykisk helsevern de siste 10 årene, har altså flere pasienter fått behandling. Nasjonale kvalitetsindikatorer viser dessuten at ventetiden for helsehjelp i psykisk helsevern for voksne er redusert den siste tiårsperioden (Helsedirektoratet, 2023b). Dette har vært mulig blant annet fordi pasientbehandlingen over tid har beveget seg bort fra langtids døgnbehandling og fordi døgnkapasiteten i tjenesten er redusert med 900 døgnplasser siden 2011. Figur 8.2 synliggjør at dette tilsvarer en nedgang i døgnplasser på 22 prosent. Ressursene er omfordelt til alternative behandlingsformer, herunder også til oppsøkende tjenester som ACT og FACT som er beskrevet under. Utvalgets forståelse av aktivitets- og kostnadsutviklingen i psykisk helsevern er likevel at den største delen av de omfordelte midlene har vært benyttet til utbygging av ordinære polikliniske behandlingstilbud rettet mot nye pasienter. Denne konklusjonen er i tråd med kostnadsanalyser gjennomført av Helsedirektoratet i 2017 (Bremnes et al., 2017).

### 8.2.3 Døgnbehandling preges i økende grad av akuttinnleggelser og er oftere basert på tvang

Ser vi nærmere på utviklingen i psykisk helsevern i de årene samtykkevilkåret har vært en del av psykisk helsevernloven, viser registerdata at det totale pasienttallet har økt åtte prosent utover befolkningsveksten, men at tilgangen til døgnbehandling avtar, se figur 8.3. Figur 8.4 viser at døgnbehandlingstilbudet i økende grad handler om akuttinnleggelser og korttidsopphold.

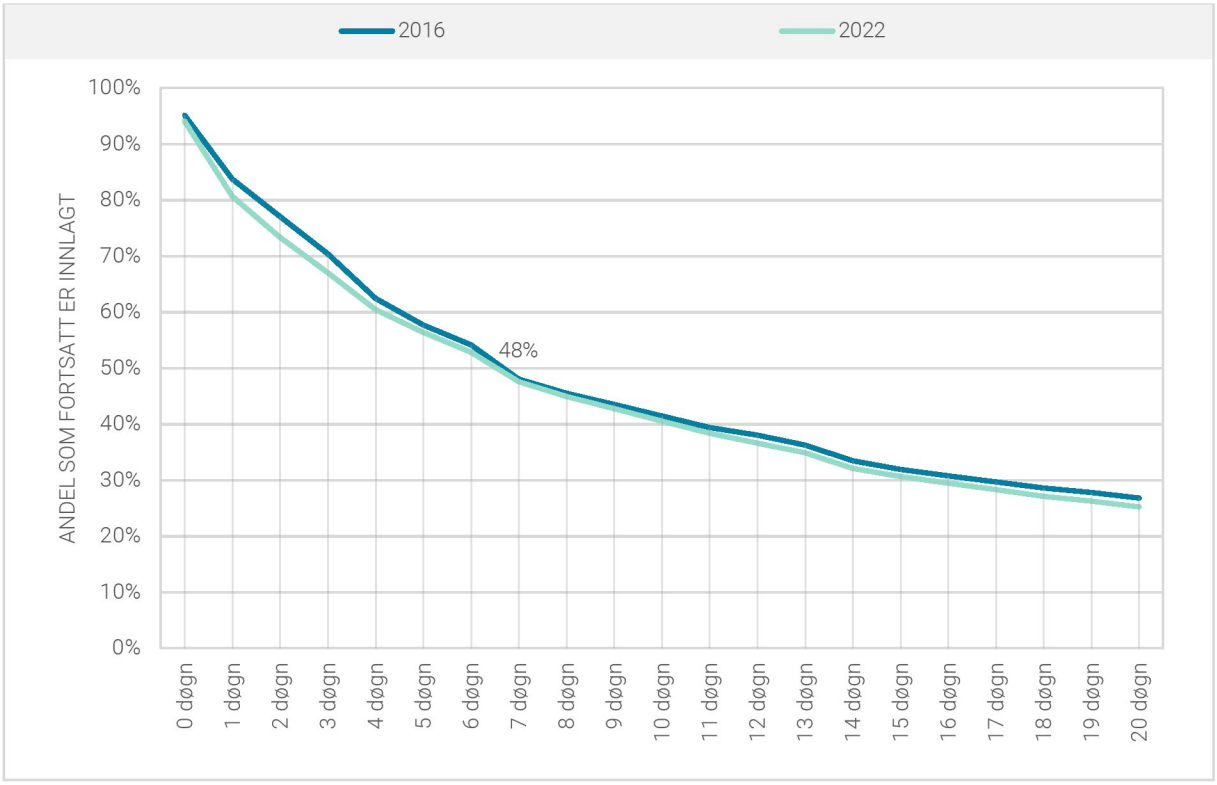



Figur 8.3: Pasienter i psykisk helsevern. Gjelder utvikling i perioden 2016 - 2022 for aldersgruppa 16 år og eldre.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR




Figur 8.4: Innleggelser i psykisk helsevern. Gjelder utvikling i perioden 2016 – 2022 for aldersgruppa 16 år og eldre.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR

I 2022 ble gjennomført til sammen 47 000 innleggelser fordelt på 28 000 pasienter i aldersgruppen 16 år eller eldre. 71 prosent av innleggelsene var akuttinnleggelser der pasientene hadde behov for øyeblikkelig hjelp og ved 44 prosent av akuttinnleggelsene ble pasientene søkt innlagt til tvungent vern. Fordelingen av døgnoppholdenes varighet er illustrert i figur 8.5. Akuttinnleggelser er typisk korte opphold, og med økt andel akuttinnleggelser er også gjennomsnittlig varighet marginalt redusert fra 2016 til 2022.




Figur 8.5: Fordeling av varighet for døgnopphold. Gjelder opphold i psykisk helsevern som ble avsluttet i henholdsvis 2016 og 2022.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Gjennom høyere belegg og noe reduksjon i døgnoppholdenes varighet, har det, på tross av færre døgnplasser, vært mulig å unngå reduksjon i antall innleggelser i perioden 2016 til 2022. I forhold til befolkningstallet er antall innleggelser likevel redusert etter 2016. I kraft av dette, antas terskelen for innleggelse å ha økt. Figur 8.4 viser at tilgangen til planlagt behandling var særlig begrenset i pandemiåret 2020, og at den senere har holdt seg på et lavere nivå enn før 2020. Dette er forhold som indikerer økt pasienttyngde i døgnavdelingene etter 2017, uten at det kan knyttes direkte til samtykkevilkåret. Av tabell 8.1 fremgår det også at en økende andel av døgnbehandlingen er basert på tvang. Det har i tillegg vært betydelig vekst i antall pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern de senere årene. Dette er omtalt i kapittel 11, som bl.a. refererer til en kartlegging utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for sikkerhets-fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i 2019 som viser at anslagsvis 30-50 prosent av sikkerhetsplassene i psykisk helsevern belegges av denne pasientgruppen.

Utvalgets vurdering er at de beskrevne utviklingstrekkene synliggjør en vridning i aktiviteten i døgninstitusjoner som trolig innebærer hardere prioritering mellom pasienter både ved innleggelse og utskrivning og redusert tilgang til elektivt eller forebyggende døgnbehandlingstilbud som brukerstyrte senger i spesialisthelsetjenesten. Dette er også en beskrivelse som går igjen i flere innspill til utvalgets arbeid. Ivaretakelse av personer med

alvorlig psykisk lidelse innenfor dette rammeverket, krever at det finnes tilstrekkelig med kriseplasser og oppsøkende tjenestetilbud tilpasset målgruppen utenfor døgninstitusjonene. Utvalget mener også at det stiller økte krav til mulighet for avlastning og veiledning av pårørende. Se også omtale i kapittel 10 om pårørendes perspektiver på samtykkevilkåret.

### 8.2.4 Utbygging av oppsøkende behandlingstilbud til erstatning for døgnbehandling

Helsemyndighetene har i løpet av de siste årene, blant annet gjennom samhandlingsreformen fra 2012, gitt signaler om at mer av helsehjelpen skal gis nært der folk bor og oppholder seg. Det betyr at kommune- og spesialisthelsetjenesten må samhandle rundt pasientbehandlingen. Som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen ble det lovpålagt å inngå lokale samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, med formål om å konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling og etablere gode arenaer og rutiner for sentrale samhandlingsområder.

For psykisk helsevern har føringene bidratt til en dreining i tjenesteprofilen i retning mindre langtids døgnbehandling, men oppbygging av oppsøkende behandlingstilbud som ACT- og FACT-team. Kapittel 9 synliggjør også betydelig oppbygging av kommunale tjenester rettet mot innbyggere med psykiske lidelser og vansker de senere årene.

Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige og koordinerte tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse. Teamene retter sitt arbeid mot personer som eksisterende tjenester ikke klarer å gi nyttig hjelp til, eller som ikke ser eget hjelpebehov. Personene som følges opp av slike ACT- og FACT-team har ofte også et rusmiddelmisbruk og/eller lavt funksjonsnivå på flere livsområder.

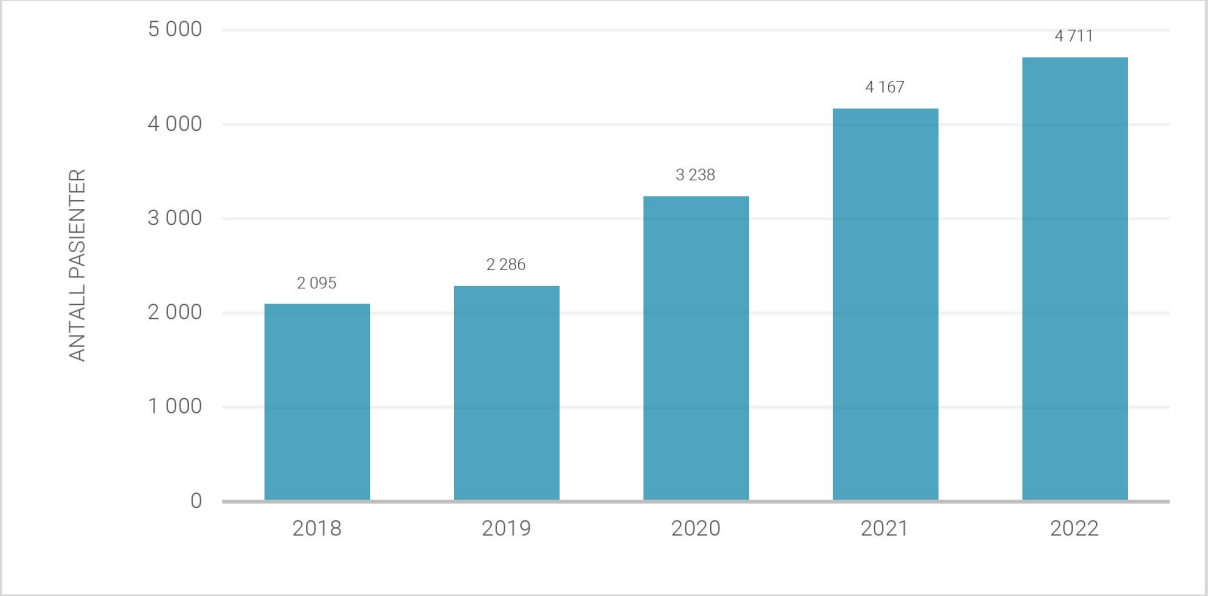
Hovedforskjellen mellom de to teamtypene er at ACT retter seg mot mennesker med et stort og kontinuerlig hjelpebehov grunnet psykoseproblemer, mens FACT har en noe bredere målgruppe med et mer varierende hjelpebehov. FACT har derfor også et større pasientantall per behandler enn det som gjelder for ACT.

FACT blir i norsk sammenheng beskrevet som en samhandlingsmodell der målet er å gi brukerne godt koordinerte, helhetlige og integrerte tjenester. FACT-team skal baseres på en forpliktende samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommune(r), teamene skal være tverrfaglig sammensatt og ha noen med brukererfaring.

Helsedirektoratet ga høsten 2016 Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (N-ROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i oppdrag å utrede potensialet for ACT- og FACT-team i Norge. Kartleggingen konkluderte med at 26 000 pasienter kan være i målgruppen for behandlingstilbud av denne typen (Landheim et al., 2017). Det kan innvendes mot et slikt tilbud at det vil være mindre egnet i spredtbygde områder med store reiseavstander, noe som kjennetegner store deler av Norge. Utredningen konkluderer likevel med at nærmere 90 prosent av befolkningen kan nås av ACT- og FACT-team uten at reiseavstanden overskrider én time. I tillegg har det i senere tid vært fokus på digitale løsninger for å imøtekomme utfordringer knyttet til reiseavstand og oppbygging av D-FACT-team (digitale FACT-team).

Aktivitetsdata fra psykisk helsevern for 2022 viser at det dette året var om lag 4 700 pasienter i psykisk helsevern som fikk behandling eller oppfølging gjennom ACT, FACT eller lignende typer oppsøkende behandlingstilbud. Dette er mer enn en dobling sammenliknet med 2018 (se figur 8.6). Det er uklart om dette gir et presist inntrykk av hvor mange som faktisk er inkludert i slike

ordninger, men etter utvalgets syn er den foreløpige utbyggingen neppe tilstrekkelig til å kompensere for den mangeårige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern. Tallene indikerer at det fortsatt er stort potensial for videre utbygging. Utvalget mener også at slike oppsøkende behandlingstilbud kan være særlig relevante for personer som over tid eller i perioder mangler beslutningskompetanse og er underlagt tvungent vern.



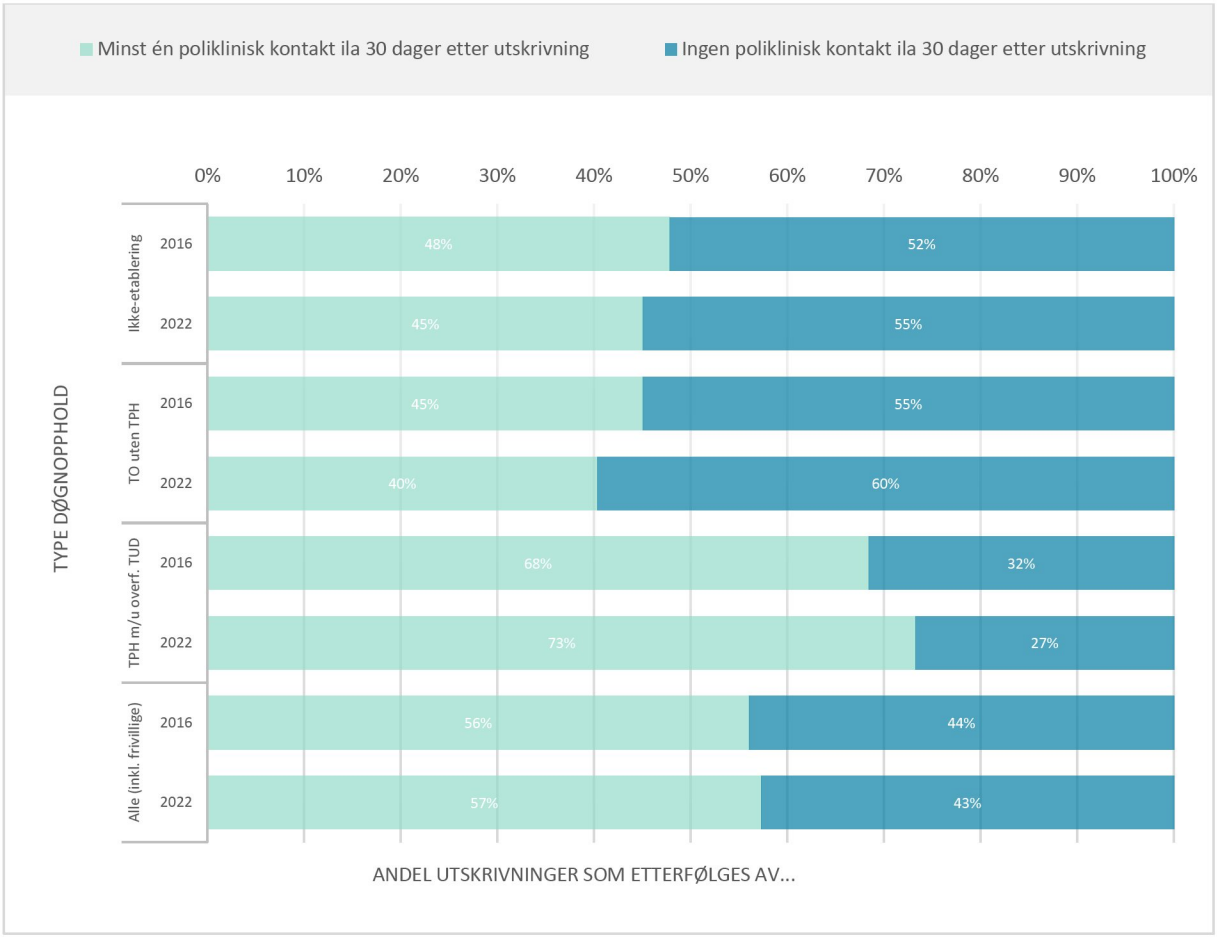

Figur 8.6: Pasienter inkludert i ACT/FACT og lignende oppsøkende tjenester i psykisk helsevern for voksne. Gjelder perioden 2018-2022.
Kilde: Helsedirektoratet – Beregningsgrunnlag for utbetaling av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern (ISF)

NAPHA har gjort utvalget kjent med at videre utbygging av ACT og FACT forsinkes grunnet uklarheter i det administrative rammeverket for tjenesten. Dette omfatter blant annet spørsmål om ansvar og oppgavefordeling vs. finansiering og kostnadsfordeling samt journalsystemer i kommune- og spesialisthelsetjenesten som ikke har funksjonalitet for å utveksle nødvendig informasjon om pasientene på tvers av forvaltningsnivåene. Slik utvalget ser det, må spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester kunne samarbeide og dele informasjon som likeverdige parter i slike tilbud. Utvalget mener derfor at utbedring og oppklaring av slike forholdene bør prioritereres i den videre satsningen på oppsøkende behandlingstilbud.

### 8.2.5 Mangelfull oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten?

Det fremgår av fordeling på lengden av døgnopphold presentert i figur 8.5, at flertallet av døgnoppholdene i psykisk helsevern er korte opphold. Det meste av behandling og oppfølging vil derfor skje utenfor døgnavdelingene. Registerdata gir informasjon om polikliniske kontakter i psykisk helsevern i tiden etter en utskrivning. Oversikter Helsedirektoratet har tilrettelagt for utvalget viser at i mer enn 40 prosent av tilfellene var det ikke noen form for poliklinisk oppfølging av pasienten fra psykisk helsevern den første måneden etter utskrivning fra døgnbehandling. Ved utskrivning fra opphold der pasienten ble henvist til tvungent vern uten at tvungent psykisk helsevern ble etablert (jf. Ikke-etablering og TO uten TPH) var andelen mellom 50 og 60 prosent. Denne andelen har også økt fra 2016 til 2022. De aktuelle andeler for ulike typer av døgnopphold er gjengitt i figur 8.7. Samtidig viser registerdata-analysene som er omtalt i kapittel 6, at ikke-etableringer er opphold der pasienten skrives ut etter få dager, men

at om lag én av fire reinnlegges innen første måned etter utskrivning. Blant disse pasientene er det også en stor andel som har kontakt med legevakt kort tid etter utskrivning, men der denne kontakten ikke fører til ny henvisning for innleggelse.




Figur 8.7: Poliklinisk oppfølging fra psykisk helsevern første måned etter utskrivning fra døgnbehandling. Gjelder utskrivninger i 2016 og 2022 for aldersgruppen 16 år og eldre.
Kilde: Helsedirektoratet - NPR

Utvalget er i mandatet bedt om å undersøke endringer i pasientforløp etter 2017, herunder hvorvidt pasienter får nødvendig og forsvarlig helsehjelp og behandling til rett tid. Utvalgets vurdering er at dette er resultater som indikerer mangelfull oppfølging av alvorlig syke pasienter i psykisk helsevern. Situasjonen kan se ut til å være forverret etter 2017. Analysene gir ikke grunnlag for å konkludere om årsak til denne utviklingen, men utvalgets vurdering er at dette er forhold som bør undersøkes nærmere.

### 8.2.6 Kapasitets- og samhandlingsutfordringer i tjenesten kan gjøre det vanskelig å praktisere samtykkevilkåret på en god måte

Utvalget mener på bakgrunn av beskrivelsen av aktivitetstall for psykisk helsevern å kunne konkludere med at terskelen for døgnbehandling i psykisk helsevern var høy allerede i 2017 og at den har vært økende siden.

Spesialisthelsetjenesten kan se ut til å ha omprioritert midler fra døgnbehandling av de sykeste pasientene til oppbygging av polikliniske tjenester for pasienter som kan nyttiggjøre seg slike behandlingstilbud. De kommunale tjenestene har på sin side bygd opp både botilbud og andre

tjenester rettet spesifikt mot innbyggere med psykiske lidelser og rusutfordringer, og gradvis overtatt ansvar både for døgnomsorg og delvis også behandling. Samtidig har det vært en oppbygging av oppsøkende tjenester rettet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse de senere årene. Utvalget er likevel bekymret for at et stort tilfang av nye pasienter, sammen med reduksjonen i døgnplasser og redusert tilgang til annen døgnbehandling enn akuttinnleggelser, kan ha gitt for lite rom for å etablere tvangsforebyggende tiltak og frivillige behandlingsalternativer i og utenfor døgnavdelingene. Etter utvalgets syn, er dette en nødvendig forutsetning for å sikre god pasientbehandling innenfor en kompetansebasert modell.

Utvalgets inntrykk er også at helsetjenesten, og spesielt samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, fremstår som preget og begrenset av streng kostnadskontroll der produktivitet og inntjening får en uforholdsmessig stor plass i den kliniske hverdagen. Liknende bekymringer er også formidlet gjennom Sykehusutvalgets utredning (NOU 2023: 8, 2023). Utvalgets oppfatning er at spørsmål om finansiering og oppgavedeling synes å bli en kilde til forhandling eller tilpasninger og kan stå i veien for de beste løsningene for pasienten både innenfor og på tvers av tjenestenivåene. Eksempelvis kan dette dukke opp når spesialisthelsetjenesten ønsker å overføre en pasient til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), i spørsmål om finansiering og oppgavedeling i FACT-teamene og i vurderinger knyttet til utskrivningsklare pasienter. Slike forhold er også omtalt i kapittel 9. Det går utover utvalgets mandat å vurdere finansieringsmodeller eller prioriteringer i helsetjenesten nærmere. Likevel ser utvalget med bekymring på det fokus økonomi og ressurser har fått i klinisk praksis. Slik utvalget ser det, kan dette representere risiko for at viktige oppgaver som ikke gir uttelling i finansieringsordningene eller synliggjøres i lokale eller sentrale styringsparameter, prioriteres ned. En slik utvikling vil kunne ramme både fagutvikling, samhandling, pårørendeinvolvering og andre oppgaver som er viktig for god pasientbehandling og kontinuitet i behandlingsforløpene. Å komme rundt slike hindringer er spesielt viktig for at ulike nivå i helsetjenesten sammen skal kunne ivareta de aller sykeste, herunder personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse.

Utvalget mener å se at det har vært en utvikling over tid i psykisk helsevern som har gitt for lite rom til å prioritere helhetlige tjenester for de aller sykeste. Etter utvalgets vurdering må flere av utfordringene mandatet peker på tolkes i lys av denne situasjonen. Utvalget mener at dette var et dårlig utgangspunkt for lovendringene i 2017, som hadde som mål å bidra til styrket selvbestemmelsesrett og autonomi for en pasientgruppe med stort behov for tett oppfølging. Selv om langtids døgnbehandling i psykisk helsevern sjelden er svaret på hva som er den beste behandlingen av personer med alvorlig psykisk lidelse, mener utvalget at den betydelige nedbyggingen av døgnplasser burde vært evaluert, og i større grad burde ha vært fulgt av alternative lokalbaserte og frivillige tjenester og behandlingstilbud rettet både mot denne pasientgruppen og deres pårørende. Det ville, etter utvalgets syn, ha gitt et annet utgangspunkt for å sikre god pasientbehandling og helhetlige forløp, også innenfor en kompetansebasert modell.

## 8.3 Spesialisthelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret

### 8.3.1 Etterlyser opplæring og validert verktøy for kompetansevurderinger

Før og i forbindelse med lovendringene i 2017, ble det gjennomført en del opplæringstiltak rettet mot vedtaksansvarlige i spesialisthelsetjenesten i vurdering av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Helsedirektoratet, Senter for medisinsk etikk og Universitetet i Oslo

utviklet for eksempel et e-læringskurs for vurdering av samtykkekompetanse i psykisk helsevern (Universitetet i Oslo et al., 2019). Informantene i SME-evalueringene (se omtale av denne studien i kapittel 2) påpekte likevel både i 2018 og i 2022-23 at de opplevde at det var for stor variasjon i hvordan vurderinger av samtykkekompetanse ble gjennomført, og at opplæringen hadde vært mangelfull ute i tjenesten. Det ble også påpekt at opplæringen gradvis hadde avtatt og at det var lite systematikk i opplæringstiltakene. Opplæringsbehovet er stort og kontinuerlig grunnet høy utskifting av personalet i helsetjenesten og begrenset opplæring i kompetansevurderinger både i helsepersonells grunnutdanning og spesialisering. Ifølge SME etterlyses det tydeligere prosedyrer for gjennomføring av kompetansevurderingen, og fortrinnsvis et validert verktøy som kan kvalitetssikre vurderingene i klinisk praksis. Dette inntrykket støttes også av flere innspill til utvalget, blant annet av Psykologforeningen. Tilsvarende etterlyste flere av informantene i SME-evalueringen bedre opplæring i å vurdere farevilkåret, og da spesielt unntaket som gjelder ved «fare for andre» (phvl. § 3-3 nr. 4). Dette er også omtalt i kapittel 11.

Utvalget mener at mangelfull opplæring i kompetansevurderinger og andre vilkår for bruk av tvang i psykisk helsevern medfører risiko både for underbehandling og unødig bruk av tvang. Begge deler kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten og noen ganger også for omgivelsene. Utvalgets vurdering er derfor at det er viktig med et kontinuerlig søkelys på opplæring og praktisering i både kompetansevurderinger og i vurdering av fare i psykisk helsevern. I tvangsstatistikken som er presentert i kapittel 6, observeres økende forskjeller mellom helseforetakene i flere indikatorer som beskriver tvangsbruk etter 2017. Dette underbygger en antagelse om praksisforskjeller og ulik lovfortolkning og taler for at det fremover er behov for både opplæringstiltak og rom for klinisk refleksjon rundt egen praksis. Utvalget mener også at dette synliggjør et behov for en faglig veileder og for et validert verktøy til støtte i kompetansevurderingen.

### 8.3.2 Krav til vurderinger av vilkårene for tvungent vern innen 24 timer

Når pasienten henvises til tvungent vern, må den vedtaksansvarlige ta stilling til om vilkårene er oppfylt. Det må skje innen 24 timer etter at pasienten har kommet til institusjonen (phvl. § 3-3 a). Utvalget erfarer at det kan være krevende for spesialisthelsetjenesten å sikre tilstrekkelig informasjon for å gjøre gode vurderinger av beslutningskompetanse og fare innen denne fristen. Grundige vurderinger av blant annet samtykke- og farevilkåret vil kunne avhenge av komparentopplysninger om pasienten, men det kan være vanskelig å oppnå kontakt med pårørende eller kommunehelsetjenesten for innhenting av slike opplysninger. Pasienten kan også være preget av rus og lite tilgjengelig for vurdering. Dersom pasienten ikke er kjent for mottakende institusjon, vil ikke vedtaksansvarlige ha annen informasjon om pasienten enn det som følger av henvisningen eller som er tilgjengelig i pasientens kjernejournal.

Utvalget mener at det er viktig at psykisk helsevern kan ivareta pasientens rettssikkerhet på en god måte. For pasienter som er henvist til tvungent vern, vil pasientens rettssikkerhet avhenge både av en grundig og av en effektiv vurdering av vilkårene. Utvalget mener på bakgrunnen av dette at det bør legges til rette for utvidet bruk av kjernejournal og at pasienten gjennom denne kan dele opplysninger om behandlingsønsker og kriseplaner når dette foreligger. Dette kan være et bidrag for å gjøre mer informasjon om pasienten tilgjengelig for helsepersonell, noe som også kan være viktig for de vurderinger faglig ansvarlig gjør i akutte situasjoner.

Utvalget er ellers delt på midten når det gjelder hvordan å møte utfordringer med å ha tilstrekkelig tid til å innhente ekstern informasjon for å vurdere vilkårene for tvungent vern. På

bakgrunn av denne situasjonen beskrives de ulike synene til utvalgsmedlemmene her, og forslag om endring blir ikke fremmet som tiltak i kapittel 13.

### Unntak fra kravet til 24 timer ved manglende eksterne opplysninger for en forsvarlig vurdering

Fire av utvalgets medlemmer (Soknes, Fosse, Kroken og Rosenqvist) fremmer forslag om å endre phvl. § 3-3 a andre ledd slik at det unntaksvis kan treffes vedtak om tvungent vern innen 48 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. Dette unntaket forutsetter at det ikke er mulig for den faglig ansvarlige å innhente nødvendige eksterne opplysninger for å gjøre en forsvarlig vurdering av vilkårene etter §§ 3-2 og 3-3 innen 24 timer. Begrunnelsen for at vedtaket ikke kan fattes innen 24 timer, skal nedtegnes i journalen innen 24 timer.

Disse fire utvalgsmedlemmene vektlegger betydningen av å innhente opplysninger fra eksterne for å kunne kartlegge pasientens atferd og virkelighetsforståelse før innleggelse. Dette vil spesielt være aktuelt når pasienten er ukjent både for innleggende lege og for den vedtaksansvarlige. Det kan være manglende tilgang til informasjon om pasienten i sykehusets eget journalsystem. I tilfeller hvor politiet har brakt personen til legevakten, vil politiet kunne ha relevante komparentopplysninger om vedkommende.

Noen pasienter, også blant de svært syke, kan i kortere perioder fremstå som noe mer samlet. Pasienter kan også i liten grad ønske å dele informasjon om grunnlaget for innleggelsen. For å forhindre at disse pasientene ikke blir tatt imot til tvungent vern fordi den vedtaksansvarlige mangler viktig informasjon for å vurdere om vedkommende oppfyller vilkårene om «alvorlig sinnslidelse», «manglende beslutningskompetanse» og/eller «farevilkåret», mener disse fire utvalgsmedlemmene at phvl. § 3-3 a bør ha et snevert unntak for å fatte vedtaket innen 48 timer. Det vil da være innenfor rekkevidde å oppnå kontakt med blant annet pårørende, kommunalt ansatte og i noen tilfeller politiet. Alle disse eksterne kan ha viktig informasjon om pasientens funksjonsnivå.

Mange av de tiltakene utvalget har anbefalt går ut på å bedre informasjonsgrunnlaget for avgjørelser og samhandling mellom ulike aktører med kunnskap om og ansvar for pasienten. Dette er viktig i alle kliniske situasjoner, men kanskje særlig i forbindelse med etablering av tvungent vern. Selv etter en eventuell justering av beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd slik utvalget foreslår, vil det kunne være situasjoner hvor tilstrekkelige komparentopplysninger er nødvendige for å gjøre en forsvarlig vurdering av vilkårene for tvungent vern.

Disse fire utvalgsmedlemmene ser at dette unntaket åpner opp for at pasienter må vente lenger før vilkårene om tvungent vern blir vurdert, men mener likevel de nevnte hensynene oppveier ulempene når det unntaksvis er behov for slike eksterne opplysninger.

### Bevare kravet til 24 timer for å vurdere vilkår om tvungent vern

De øvrige fire utvalgsmedlemmene (Kjennerud, Terjesen, Pedersen og Mæland) ønsker å bevare kravet om at vurderingen av vilkårene for tvungent vern skal gjøres innen 24 timer etter gjeldende phvl. § 3-3 a. Selv om de anerkjenner at det kan være behov for komparentopplysninger for å vurdere vilkårene om tvungent vern i phvl. §§ 3-2 og 3-3, mener de at dette bør kunne skje innenfor det eksisterende tidskravet på 24 timer.

Slik disse utvalgsmedlemmene ser det, kan en utvidelse til 48 timer medføre risiko for en utglidning av tidskravet. Praktiske hensyn kan medføre at unntaket om 48 timer likevel blir hovedregelen. Det er uansett vanskelig for den vedtaksansvarlige å vite om det finnes eksterne opplysninger som vedkommende ikke har. Det er også uklart for disse utvalgsmedlemmene

hvor grensen for eksterne opplysninger innebærer, og at dette kan bidra ytterligere til risiko for utglidning.

Disse utvalgsmedlemmene mener at kravet til 24 timer er godt innarbeidet i psykisk helsevern, og at det har vært få innspill til utvalget som har etterspurt en utvidelse av dette tidskravet. Disse utvalgsmedlemmene ser heller ikke at det å få belyst vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved hjelp av komparentopplysninger skiller seg vesentlig fra de øvrige vilkårene for tvungent vern, noe som også tilsier å bevare et veletablert tidskrav på 24 timer.

Kravet til 24 timer for å vurdere vilkårene for tvungent vern i psykisk helsevern gjelder tilsvarende i en rekke andre land. En utvidelse til 48 timer vil være lenge for pasienten å være i en uavklart rettslig tilstand uten klagemulighet, og kan svekke pasientens tillit til helsetjenesten. Videre vil et slikt tiltak kunne gå utover pasientrettighetene. Slik disse utvalgsmedlemmene ser det, taler hensynet til pasientens rettssikkerhet og effektivitet for å bevare phvl. § 3-3 a i sin nåværende form. Disse utvalgsmedlemmenes vurdering er at det er langt flere ulemper med et slikt unntak på 48 timer enn fordeler.

### 8.3.3 Kompetansevurderingen kan være påvirket av ressurssituasjonen i tjenesten

Utvalget mener at psykisk helsevern står under et betydelig press og erfarer at helsepersonell må gjøre tøffe prioriteringer mellom til dels svært syke pasienter. Dette følger av beskrivelsen av ressurssituasjonen i psykisk helsevern i innledende kapitler og innspill til utvalget fra ulike aktører i og utenfor helsetjenesten. For eksempel sier Psykologforeningen i sitt innspill til utvalget at de stadig mottar meldinger fra pasienter, pårørende og behandlere som bekymrer seg for dem som faller utenfor dagens behandlingsapparat. I medlemsundersøkelser svarer nesten 40 prosent av psykologene i spesialisthelsetjenesten at de ikke kan tilby pasientene samtaler hyppig nok til at behandlingen er dokumentert virksom, og de mener også at de må avslutte forløpene før behandlingen er ferdig eller at de ikke har kapasitet til å etablere nødvendig samhandling. Psykologforeningen mener også 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.»

Kapittel 4 beskriver at vurderinger av vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke er mer skjønnsmessige enn de øvrige vilkår for tvang etter psykisk helsevernloven. Mangelfull implementering av lovendringene i 2017 sammen med begrenset opplæring og mangel på validerte verktøy for kompetansevurderinger, har sannsynligvis bidratt til at samtykkevilkåret blir tillagt større skjønnsmargin enn det reelt sett har. Dette kan ha bidratt til at utenforliggende hensyn, som tilgjengelige ressurser og den vedtaksansvarliges verdier og holdninger til tvang, har fått et større spillerom i vurderingene.

Intervjuene som ble gjennomført som en del av SME-evalueringen i 2022–2023 tyder på at utfallet av kompetansevurderingene til dels er knyttet til tilgjengelig døgnkapasitet, særlig overfor pasienter med begrenset behandlingspotensial i akuttpsykiatriske institusjoner. Vurderingene av samtykkevilkåret kan dermed være sårbare for påvirkning av ressurssituasjonen i helsetjenesten. Ansatte i spesialisthelsetjenesten beskriver blant annet at samtykkekompetanse kan brukes som vikarierende argument for utskrivelse eller ikke-etablering av tvungent vern når man egentlig mangler døgnplasser eller andre rammevilkår for behandling. Flere informanter mente derfor at ressurser og ikke lovverket var styrende for hvem som ble tvangsinnlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling. Pasienter med habituelt lavt funksjonsnivå var særlig utsatt for at kompetansevurderingen ble tilpasset hva

avdelingen kunne tilby pasienten. Ifølge ansatte var risikoen for at vurderingen ble tilpasset til ressurshensyn knyttet til hvor mye man risikerte ved ikke å gi pasienten behandling. Ut fra funnene i SME-evalueringen synes også holdninger og verdier blant vedtaksansvarlige å ha betydning for utfallet av kompetansevurderingene, i likhet med for de øvrige vilkårene for tvang etter psykisk helsevernloven.

Utvalget vurderer at risikoen for en slik vridning sannsynligvis vil øke med mangelfull opplæring og uten tilgang på validerte verktøy for å kvalitetssikre kompetansevurderinger. I tillegg mener utvalget at konsekvensene kan bli forsterket dersom helsetjenesten ikke samtidig har frivillige behandlingstilbud å tilby.

### 8.3.4 Samtykkebestemmelsen aktualiserer tvangsforebygging og frivillige behandlingsalternativer

Selv om et av formålene med lovendringene fra 2017 var reduksjon i bruk av tvang i psykisk helsevern, viser registerdata at stadig mer av døgnbehandlingen i psykisk helsevern er basert på tvang. Flere pasienter henvises til innleggelse på tvungent vern, og det har også vært en økning både i innleggelser og behandling under tvungent vern. Utvalgets vurdering er at flere faktorer forklarer denne økningen, men formålet om redusert bruk av tvang synes ikke å være oppfylt.

Selv om tvangsinnleggelsene har blitt flere etter 2017, kan terskel for etablering av tvungent vern samtidig se ut til å ha økt noe, da det er en økende andel av de pasientene som søkes innlagt på tvungent vern som skrives ut etter kort tid og uten at tvungent vern er etablert. Som omtalt under punkt 8.2.5 viser rapporterte data at flertallet av disse pasientene har lite eller ingen videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. At én av fire akuttinnlegges på nytt innen 30 dager etter utskrivning tyder på at denne pasientgruppen underbehandles.

Innspill til utvalget peker på forhøyet terskel for innleggelse og raskere opphør av tvungent vern som årsak til brudd i behandlingsforløp og gjentatte psykosegjennombrudd hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Betydningen av rus nevnes av flere som en særlig kompliserende faktor ved opphør av tvungent vern. Selv om samtykkekompetanse kan gjenvinnes forholdsvis raskt etter en rusutløst psykose, har bruk av rusmidler betydning for pasientens evne til å følge opp et frivillige behandlingstilbud. Registerdata viser endringer i pasientforløpene for pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP) som kan understøtte disse innspillene til utvalget. 40 prosent av ikke-etableringene gjelder denne pasientgruppen og pasienter med en samtidig ruslidelse har i gjennomsnitt flere akutt- og tvangsinnleggelser enn øvrige pasienter. Dette er belyst i kapittel 6.

Selv om utvalget mener at utviklingen i bruk av tvang og endringer i pasientforløp kan ha flere årsaker, retter funnene uansett søkelys mot de pasientene som behandlerne mener har et stort hjelpebehov, men som av ulike grunner blir avvist eller skrevet ut uten videre tilbud om adekvat behandling. Utvalget er bevisst på at innføringen av en kompetansebasert modell innebærer at kompetente pasienter kan ta andre valg enn det helsepersonell mener er riktig. I SME-evalueringen fra april 2023 etterlyser helsepersonell i spesialisthelsetjenesten frivillige behandlingsalternativer og rom for å kunne jobbe tvangsforebyggende. Noen av informantene i rapporten mente også at alternativer til tvang kunne bety mer for utfallet av en tvangsvurdering i en akuttpsykiatrisk situasjon enn samtykkekompetanse. De påpekte videre at pasienter må motiveres for å være frivillig innlagt, men at det ofte var lite tid til eller oppmerksomhet på dette i klinisk praksis.

### 8.3.5 Økte dokumentasjonskrav og mindre pasientkontakt for vedtaksansvarlig

Gjennomgangen av registerdata i punkt 8.2 viser at det ble gjennomført til sammen 47 000 innleggelser i psykisk helsevern i 2022. I 14 800 av disse tilfellene var innleggelsen basert på henvisning til og/eller vedtak om tvungent vern. Av analyser presentert i kapittel 6, fremgår det også at en økende andel av tvangsinnleggelsene videreføres med TUD og at volumet av vedtak om behandling uten eget samtykke er nesten tredoblet siden 2017. Til sammen representerer dette svært mange vedtak. At volumet av vedtak har økt etter 2017 kan delvis knyttes til at samtykkebestemmelsen bidro til å gjøre det kjent at innleggelse og behandling av pasienter som mangler samtykkekompetanse er vedtakspliktig selv om pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, og er i så måte en indirekte konsekvens av det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Se omtale i punkt 6.4. Kravet om manglende samtykkekompetanse har også tilført et nytt element i vurderingen som både skal vurderes og begrunnes i vedtakene. Utvidet tilgang til advokatbistand, som også var en del av lovendringene i 2017, kan ha medført at flere klager på vedtak om behandling uten eget samtykke.

Økt kunnskap om vedtaksplikt ved innleggelse og behandling av samarbeidende pasienter som mangler samtykkekompetanse, mer detaljerte krav til begrunnelse av det enkelte vedtak, samt flere klager, gjør at bruk av tvang har blitt mer tid- og ressurskrevende etter 2017. Dette medfører at psykiatere og psykologspesialister i psykisk helsevern bruker svært mye av sin tid til å administrere og begrunne vedtak om tvungent vern og behandling. Én av informantene i SME-evalueringen antyder at om lag halvparten av arbeidstiden brukes til slike formål, og flere nevnte også at den økte tidsbruken knyttet til vedtak og dokumentasjon gikk utover muligheten til å snakke med pasientene. Tilsvarende peker tilbakemeldinger fra enkelte FACT-team på at nesten all spesialistkompetanse i teamet belegges i håndtering av vedtak.

Utvalget erfarer i tillegg at gjeldende standard for elektronisk pasientjournal (EPJ-standard) og/eller dårlig funksjonalitet i de pasientadministrative systemene bidrar til å øke registreringsbyrden ytterligere og at det i vedtaksmaler benyttes et språk som oppleves som fjernt fra klinisk praksis. Utvalgets forståelse er at gjeldende standard for dokumentasjon i journal ligger tett opptil innholdet i loven. Dette synes å ha bidratt til at vedtaksansvarlige tilpasser språket sitt til lovverket og i mindre grad dokumenterer konkrete kliniske vurderinger som ligger til grunn for vedtakene.

Fordi bruk av tvang i behandling er et alvorlig inngrep, er det viktig at vedtak begrunnes godt og at vurderingene som ligger til grunn for vedtaket ivaretar pasientens interesser. Dokumentasjon er viktig for å sikre etterprøvbarhet og rettssikkerhet for pasienten. Utvalget er likevel bekymret for en utvikling der dokumentasjonsplikten blir så omfattende at det stjeler tid fra pasientbehandlingen. For detaljerte formelle krav kan ta både tid og oppmerksomhet bort fra det å bygge en god relasjon til pasienten, som igjen er viktig både for gode faglige vurderinger og pasientens medvirkning i behandlingen.

På bakgrunn av de beskrevne forhold ser utvalget argumenter for å gjøre en helhetlig gjennomgang av gjeldende dokumentasjonskrav. Både de som følger direkte av lovgrunnlaget eller EPJ-standarden, men også andre krav som ikke har merverdi for pasienten eller den behandlingen som ytes. Utvalget mener at en slik gjennomgang bør ses i sammenheng med utvikling av en faglig veileder og verktøy for kompetansevurderinger i psykisk helsevern. Se også punkt 13.4.1 og 13.4.2.

Utvalget vil samtidig peke på betydningen av å jobbe målrettet med god funksjonalitet og tilrettelegging for strukturert dokumentasjon i de pasientadministrative systemene. Dette vil

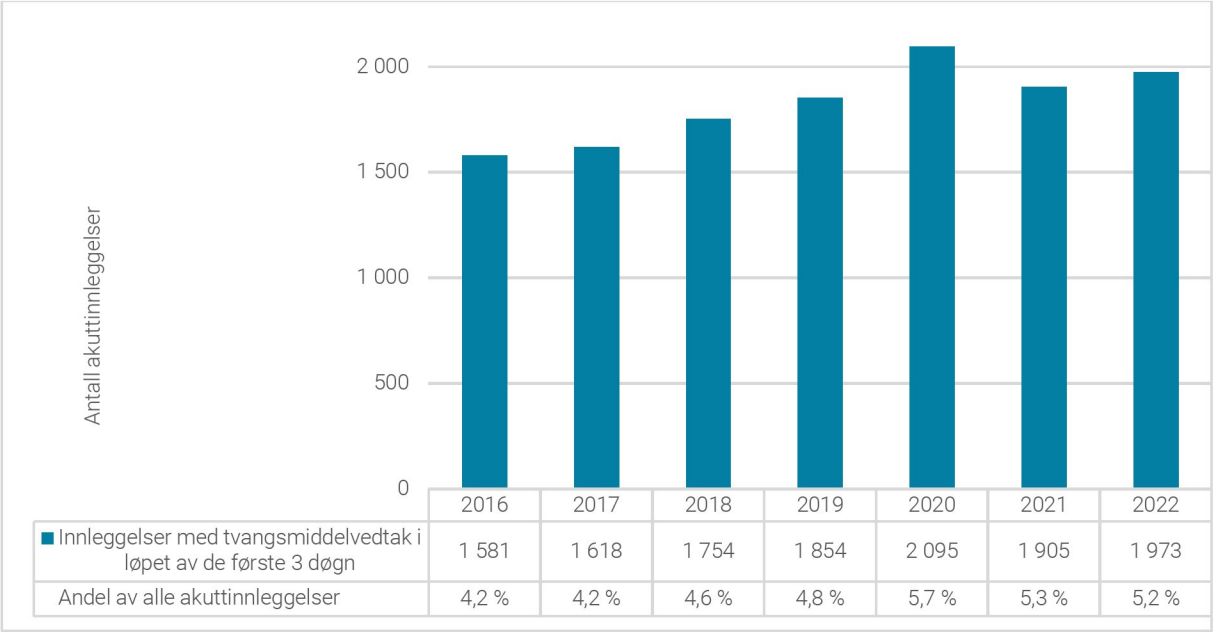
kunne gjøre den administrative delen av arbeidet lettere og muliggjør også gjenbruk av journaldata til ulike formål, herunder som grunnlag for statistikk, styringsinformasjon og verdifull forskning om bruk av tvang i behandling av psykisk syke.

### 8.3.6 Har samtykkebestemmelsen hatt betydning for ansattes rett til forsvarlig arbeidsmiljø?

Det har ikke lyktes utvalget å fremskaffe et pålitelig eller representativt tallgrunnlag som kan brukes for å si noe om eventuelle endringer i vold og trusler rettet mot helsepersonell etter 2017. Det er imidlertid kjent at ansatte i helsesektoren er en arbeidstakergruppe som er mer utsatt for vold og trusler i arbeidslivet enn andre grupper. Av en SSB-undersøkelse fra 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2019) fremgår det for eksempel at 19 prosent av sykepleierne i Norge hadde blitt utsatt for trusler eller vold i løpet av siste 12-måneders periode. Det er også godt kjent at helsepersonell i psykiatriske døgnenheter, særlig i lukkede sykehusenheter, utsettes for vold eller trusler om vold i mye større grad enn annet helsepersonell. Utvalget er også gjort kjent med enkeltepisoder fra de senere årene der brukere med psykiske lidelser har skadet ansatte. Flere av disse hendelsene gjelder også ansatte i kommunale tjenester.

I intervjuene som SME har gjennomført på oppdrag fra utvalget, fremgår det at noen av de vedtaksansvarlige mente å ha observert økende grad av uro og utagering i akuttavdelingene etter 2017 og at dette også var medvirkende årsak til store utskiftninger i personalgrupper. Informantene var også bekymret for økt belastning for medpasienter. Innspillene peker i samme retning som statistikk fra Politidirektoratet, som viser økning i situasjoner der helsetjenesten har behov for bistand fra politi. Dette er omtalt i kapittel 11.

Registerdata viser at det etter 2017 har vært en ganske betydelig økning i antall akuttinnleggelser der det er gjort bruk av tvangsmidler i forbindelse med innleggelsen, se figur 8.8. Dette handler både om at antall akuttinnleggelser har økt og om at det fattes vedtak for en litt høyere andel av de akuttinnlagte pasientene. I 2022 ble det gjort bruk av tvangsmidler i løpet av de tre første døgnene av oppholdet for nærmere 2 000 innleggelser, det vil si seks prosent av akuttinnleggelsene, mot 1 600 i 2016. Økningen gjelder alle typer av tvangsmidler med unntak for mekaniske tvangsmidler, og tvangsmiddelepisodene er i hovedsak knyttet til innleggelser under tvungent vern. Utvalget mener at også denne økningen støtter en antagelse om mer utagering og at dette representerer en risiko både for ansatte og pasienter.




| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Innleggelser med tvangsmiddelvedtak i løpet av de første 3 døgn | 1 581 | 1 618 | 1 754 | 1 854 | 2 095 | 1 905 | 1 973 |
| Andel av alle akuttinnleggelser | 4,2 % | 4,2 % | 4,6 % | 4,8 % | 5,7 % | 5,3 % | 5,2 % |

Figur 8.8: Antall akuttinnleggelser med ett eller flere tvangsmiddelvedtak i løpet av tre første døgn av oppholdet. Gjelder akuttinnleggelser for aldersgruppen 16 år og eldre i perioden 2016-2022.
Kilde: Helsedirektoratet – NPR.

Det er, som beskrevet over, flere forhold som indikerer en bevegelse i retning av sykere pasienter og økt risiko for vold og trusler både i akuttavdelingene og i de psykiske helsetjenestene ellers de senere årene. Det kan ikke utelukkes at samtykkevilkåret har hatt betydning, men flere forhold bør vurderes. I intervjuene SME har gjennomført trakk flere ansatte i spesialisthelsetjenesten frem at utvidelsen i obligatorisk observasjonstid før iverksetting av tvangsmedisineringsvedtak (jfr. phvl. § 4-4) også hadde bidratt til økt uro og utagering, fordi det tar lenger tid før pasienten kommer i gang med medisinering. Det ble videre påpekt at den økningen i antall tvangsmedisineringsvedtak som omtales i kapittel 6 hadde ført til at klagebehandlingstiden hos statsforvalteren hadde økt betydelig. Dette bekreftes også i statsforvalterens innspill til utvalget. En klage på vedtak om undersøkelse eller behandling uten eget samtykke inngitt innenfor 48 timer etter vedtaket er overlevert til pasienten har oppsettende virkning, og også for klager fremmet etter fristen kan vedtaksansvarlige være tilbakeholdne med oppstart av tvangsmedisinering før klagen er ferdigbehandlet. Dette mener informantene samlet sett har medført at medisinering i mange tilfeller kommer sent i gang og at pasienten kan gå lenge uten å få behandling. Utvalget deler oppfatningen av at slike forhold kan ha medført et endret arbeidsmiljø i en del akuttpsykiatriske enheter.

Det er videre opplagt at det også er andre faktorer som kan påvirke nivået av vold og trusler om vold mot ansatte. Med redusert kapasitet i døgnavdelingene i psykisk helsevern er det for eksempel også sannsynlig at en pasient må bli sykere enn før for at innleggelse skal være aktuelt og at den gjennomsnittlige «pasienttyngden» i døgnavdelingene dermed har blitt noe høyere over tid. Dette kan medføre at behandlingsmiljøet i psykiatriske døgnavdelinger blir dårligere og har negativ effekt på pasienter som ikke ville ha vært utagerende i en roligere avdeling. Både de kommunale helsetjenestene og døgnavdelinger i psykisk helsevern vil som følge av en slik endring måtte håndtere sykere pasienter, som noen ganger også kan være utagerende eller uberegnelige. Utvalget mener at slike forhold, eventuelt i kombinasjon med mangelfull opplæring i forebygging og håndtering av vold og aggresjon, også må vurderes som aktuelle forklaringsfaktorer bak en eventuell økning i utagering eller trusler og vold rettet mot helsepersonell.

Det er utvalgets samlede inntrykk at vold og trusler om vold mot ansatte har økt, både de siste årene og over en lengre tidsperiode. Det er framsatt påstander om at endringene i psykisk helsevernloven i 2017 kan ha medvirket til denne økningen. Det er derfor beklagelig at nasjonalt aggregerte tall for vold og trusler om vold som kunne ha kvalifisert eller tilbakevist slike påstander ikke finnes.

Utvalget mener det på ledernivå er viktig å anerkjenne at forhøyet risiko for vold og trusler er en del av utfordringsbildet i helsetjenestens møte med pasienter og brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Dette gjelder både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Uansett årsak vurderer utvalget at det er viktig at ansatte som jobber med alvorlig psykisk syke får systematisk og god opplæring i forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk i helsetjenesten. Dette kan for eksempel gjøres gjennom opplæringsprogram som MAP (SIFER, 2023), som også er anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Dette gir viktig kompetanse som kan bidra til å trygge de ansatte og til å forebygge episoder med trusler og vold rettet mot helsepersonell. I tillegg kan størrelse og utforming av døgnavdelingene være en faktor som kan påvirke risiko for vold og trusler, og dette bør undersøkes nærmere.

Pasientene bor det meste av tiden i kommunene, og utvalget vurderer at ansatte i kommunale tjenester kan være en utsatt gruppe da disse oftere vil være alene med brukeren. Legevakt og akuttavdelinger i spesialisthelsetjenesten er også arenaer der pasientene er i en særlig sårbar situasjon og der uheldige hendelser kan oppstå. Utvalgets vurdering er derfor at veiledning og opplæringstiltak må rettes mot hele bredden av tjenester.

## 8.4 Hvordan sikre god pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret?

### 8.4.1 Pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger koordinerte tjenester og tett oppfølging fra flere nivå

Utvalgets perspektiv er at en utfordring som er ytterligere aktualisert etter innføring av samtykkevilkåret er spørsmålet om hvordan man kan hjelpe personer som ikke ønsker å motta den behandling som tilbys, men der oppfatningen til helsepersonell, pårørende og samfunnet ellers er at det eksisterer et behandlingsbehov. En konsekvens av denne situasjonen er at man må vurdere hvordan tjenestetilbudet i og utenfor institusjon kan utvikles for å imøtekomme individuelle behandlingsbehov og preferanser.

Utvalget støtter den dreining i tjenestetilbudet som innebærer at flere nå får tilpasset og bred oppfølging i egen hjemkommune takket være en betydelig oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene og oppsøkende spesialisthelsetjenester. Dette betyr at det i mange tilfeller er mulig å få til god pasientbehandling innenfor rammene av en kompetansebasert modell. Det er samtidig viktig å anerkjenne at både nedbygging av døgnkapasiteten i psykisk helsevern, overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten og de aktuelle endringer i lovgrunnlaget betyr at alvorlig psykisk syke i større grad vil oppholde seg i eget hjem også i perioder med høyt symptomtrykk og med behov for oppfølging fra helsetjenesten som de kanskje ikke ønsker. Kapittel 9 omtaler kommunehelsetjenestens utfordringer med å ha fått et betydelig meransvar for tidvis svært syke pasienter de senere årene. Kapitlet beskriver også begrensninger i det kommunale lov- og rammeverket som noen ganger gjør det svært vanskelig å ivareta disse pasientene innenfor kommunehelsetjenesten. Kapittel 10 omtaler en situasjon med stor belastning for pårørende.

Selv om det jobbes godt ute i kommunene, og det kommunale tilbudet til innbyggere med psykiske lidelser er styrket de senere årene, ser utvalget grunn til å understreke at oppfølging og behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser fortsatt vil kreve spesialistkompetanse som kommunehelsetjenesten ikke kan forventes å besitte og der spesialisthelsetjenesten må ha et klart medansvar. En nødvendig forutsetning for å ivareta god pasientbehandling innenfor en lokalbasert modell og med minst mulig bruk av tvang, er derfor at spesialisthelsetjenesten fortsatt har budsjettmessig handlingsrom for å bidra med spesialisert kompetanse både gjennom veiledning og i oppsøkende behandlingstilbud og at oppsøkende tjenester rettet mot de sykeste prioriteres i foretakenes fordeling av kompetanse og ressurser. Utvalget mener også at en klar forutsetning for gode pasientforløp er at ansvar og forventninger er avklart mellom tjenestenivåene, at finansieringsmodellen og IKT-systemene i kommuner og helseforetak understøtter samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og at helsetjenesten involverer og støtter pasientens pårørende.

### 8.4.2 Anbefaler videre utbygging av ACT og FACT

Resultatene fra en evaluering av FACT-team i Norge viser god brukertilfredshet for pasienter som er inkludert i ordningen og også gode erfaringer fra pårørende (Landheim et al., 2020). Den viser dessuten at selv om det totale antallet innleggelser ikke ble redusert med inklusjon i FACT, opplevde pasientene reduksjon både i varighet av døgnbehandling og i innleggelser under tvungent vern etter at de kom inn i ordningen. Utvalget mener at en fortsatt utbygging av denne typen helhetlige tilbud, som pasientene ønsker seg, er en god tilnærming for å nå frem med helsehjelp til pasienter med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. Utvalget mener også at slike tilbud vil kunne bidra til å møte noen av de utfordringene som både helsetjenesten og pårørende peker på som mulige sideeffekter av samtykkebestemmelsens utvidelse av pasientenes selvbestemmelsesrett og at det vil være en hensiktsmessig ramme for oppfølging av pasienter som skrives ut til TUD.

Det er viktig med forutsigbarhet i finansiering og annet rammeverk for en slik samhandlingsmodell, og utvalgets forståelse er at dette er forhold som foreløpig ikke er tydelige nok. For at tjenesten skal fungere i henhold til intensjonen, er det dessuten en forutsetning at den er riktig dimensjonert, slik at pasientene kan følges opp på en god måte i både intensive og stabile faser av sin sykdom. Det er også behov for at den er tilgjengelig på kveld og i helger. Utvalget mener også at det fortsatt er behov for frivillige døgninnleggelser i psykisk helsevern eller i kommunale lavterskelenheter som kan initieres av brukeren selv. Tilbakemeldinger fra brukere av slike tilbud er at dette kan forebygge senere tvangsinnleggelser.

Utvalgets vurdering er at et godt samhandlende team rundt personer med alvorlig psykisk lidelse, forankret i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, gir det beste grunnlaget for at frivillige tiltak skal være effektive over tid og bidra til at behovet for å bruke tvang reduseres. Gode og tilrettelagte kommunale botilbud er av særlig viktighet. Utvalget mener derfor at de regionale helseforetakene bør få i oppdrag å utrede grunnlaget for FACT i alle deler av landet, og å lage en konkret plan for videre utbygging av slike team i samarbeid mellom aktuelle helseforetak og kommuner. For områder med befolkningsmessig grunnlag anbefaler utvalget at det også vurderes om ACT-team og/eller egne team med særlig kompetanse på å møte pasienter med forhøyet voldsrisiko bør etableres (FACT sikkerhet). Vurdering av tilgjengelig kompetanse og kompetansebehov og muligheten for også å benytte digitale løsninger der reiseavstanden er stor bør være en del av en slik plan. Utvalget vil også påpeke at det tar tid å

etablere gode FACT-team og at pasienter som får tjenester gjennom slike team fortsatt vil ha behov for døgnbehandling i perioder. Utvalget vil derfor understreke at utbygging av FACT ikke er et argument for ytterligere nedbygging av døgnkapasiteten i psykisk helsevern eller for å avvikle kommunale bo- og dagtilbud. Utvalget vil også advare mot å flytte oppgaver fra eksisterende tilbud før tjenesten er godt etablert.

### 8.4.3 Kunnskapsbasert tilnærming til implementering av faglige råd for forebygging av bruk av tvang

Selv om kunnskapsgrunnlaget er begrenset når det gjelder årsaker til observerte forskjeller i tvangsbruk, har sentrale helsemyndigheter over tid uttrykt bekymring for praksisforskjeller i tjenesten. Målet om redusert og etter hvert også formulert som riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, er derfor gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler til de regionale helseforetakene, men uten at dette har gitt ønskede resultater. På nasjonalt nivå viser nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2023d) og andre publikasjoner basert på registerdata at tvangstallene gradvis har beveget seg oppover, og at man i begrenset grad har lyktes med å redusere de geografiske forskjellene (Bremnes, 2019; Bremnes et al., 2020).

Registerdata-analysene Helsedirektoratet har gjennomført på oppdrag fra utvalget, og som er presentert i kapittel 6, antyder noe forhøyet terskel for etablering av tvungent vern etter 2017. Innspill til utvalget tilsier også praksisendring i vurderinger som gjelder tidspunkt for opphør av TUD for noen pasientgrupper etter 2017. Dette kan ikke undersøkes gjennom registerdata-analyser, men utvalgets vurdering er at det er lite som tyder på at samtykkevilkåret i sum har bidratt til å redusere bruken av tvungent vern og behandling i psykisk helsevern. Derimot observeres en viss økning i antall pasienter med gjentatte tvangs- og akuttinnleggelser. Rater for ulike tvangsindikatorer antyder også at praksisforskjellene kan ha økt etter at samtykkevilkåret ble tatt inn som en del av psykisk helsevernloven. Dette kan skyldes dårlig opplæring i kompetansevurderinger eller vanskelig praktiserbare føringer fra helsemyndighetene ved innføring av vilkåret i psykisk helsevernloven.

Av SME-evalueringen fra april 2023, fremgår det at lovendringene fra 2017 ble tolket som nok et signal fra helsemyndighetene om tvangsreduksjon i psykisk helsevern. Informantene mente samtidig at mulige konsekvenser av lovendringene i for liten grad ble fulgt opp med tvangsforebyggende tiltak og frivillige behandlingsalternativer. De ansatte i spesialisthelsetjenesten mente også at sentrale helsemyndigheter stod langt fra den kliniske virkeligheten, og at de hadde et urealistisk bilde av muligheten for tvangsreduksjon.

Utvalget mener at tvungent vern og tvungen behandling i noen sammenhenger er nødvendige virkemidler for å kunne ivareta pasientens rett til helsehjelp, men anerkjenner begrunnelsen for samtykkevilkåret som begrenser helsetjenestens muligheter for å bruke tvang for å etablere eller videreføre psykisk helsevern. For beslutningskompetente pasienter med behandlingsbehov aktualiseres og forsterkes derfor også behovet for utvikling av frivillige alternativer og tett samarbeid med pårørende og mellom nivåene i helsetjenesten for å fange opp sykdomsutvikling og svingninger i samtykkekompetansen. Dette er viktig for å kunne iverksette tiltak eller gjøre justeringer i behandlingen så fort som mulig, og fortrinnsvis før det blir nødvendig å bruke tvang. Det er i de videre prioriteringer derfor svært viktig å bygge ut helsetilbud som pasientene etterspør og ønsker, og som oppleves som nyttige av de personer som hjelpen er rettet mot.

Helsedirektoratet publiserte i 2021 nye nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2021c). Rådene er inndelt i fire hovedområder:

- Forebygging av tvangsinnleggelser
- Institusjonenes ansvar og oppgaver ved bruk av tvang
- Tilnærming til pasientbehandlingen
- Evaluering av tvangsinnleggelser

Formålet med de faglige rådene er å forebygge bruk av tvang, redusere uønsket variasjon samt å bidra til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener at dette er råd som sammen med andre tiltak vil kunne bidra både til forebygging og bedre gjennomføring av tvang og som det er viktig å iverksette på en god måte for å ivareta sårbare pasientgrupper i psykisk helsevern.

Etter utvalgets syn har både innføringen av samtykkevilkåret og tidligere helsepolitiske føringer for redusert bruk av tvang i altfor stor grad basert seg på at styringssignaler eller endring av lovverket i seg selv skal være tilstrekkelig for å oppnå økt autonomi og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern. I en artikkel fra 2022, peker Hatling og Bugge på mulige årsaker til manglende effekt av handlingsplaner og føringer (Hatling et al., 2022). De etterlyser blant annet involvering av endringsaktørene, presise mål for hva man ønsker å oppnå, metode for implementering og generelt en mer helhetlig og langsiktig tilnærming til ambisjonen. Utvalget støtter vurderingene i denne artikkelen, og mener at dette er forhold som bør vektlegges i det videre arbeidet med innføring av en kompetansebasert modell og, som en viktig del av dette, implementering av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern. Se også punkt 13.2.5.

## 8.5 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer at den betydelige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern som har skjedd både før og etter 2011, krever en enda større satsing på alternative lokalbaserte tilbud. Det er fortsatt behov for å styrke oppsøkende behandlingstilbud til de sykeste pasientene der kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber sammen og som likeverdige parter. Lovverk og finansieringsordninger bør gjennomgås med sikte på å lette etableringen av slike tilbud. I tillegg vil det fortsatt være behov for tilgang til frivillige døgninnleggelser i psykisk helsevern.

Etter utvalgets mening har den reduserte tilgjengeligheten av døgnplasser i psykisk helsevern særlig gått utover pasientgrupper med svingninger i sin samtykkekompetanse, som pasienter med maniske symptomer eller rusutløste psykoser. Utvalget vurderer at disse pasientgruppene er særlig sårbare for raskt å bli utskrevet, kombinert med mangelfull poliklinisk oppfølging. Innspill til utvalget tyder også på at samtykkevilkåret noen ganger har blitt brukt som begrunnelse for å skrive ut pasienter når den primære årsaken er kapasitetsutfordringer. Dette gjelder særlig i akuttpsykiatriske avdelinger dersom pasienten er vurdert å ha et begrenset behandlingspotensiale.

Slik utvalget ser det kan mangelfull opplæring og veiledning samt manglende tilgang til validerte verktøy ha bidratt til at utenforliggende hensyn, som ressurssituasjonen eller helsepersonells holdninger til tvangsbruk, har fått for stort spillerom i kompetansevurderingene. På denne bakgrunnen mener utvalget at det er behov for en rekke tiltak som understøtter kompetansevurderingen og bidrar til at pasienter får behandling av god kvalitet i det psykiske helsevernet. Utvalget mener at kontinuerlig søkelys på opplæring i og

praktisering av både vurderinger knyttet til beslutningskompetanse og vurderinger av fare er viktig.

Utvalget ser at det er argumenter for en helhetlig gjennomgang av gjeldende dokumentasjonskrav i vedtak etter psykisk helsevernloven, uten at dette skal gå utover pasientenes rettssikkerhet. Det må samtidig jobbes målrettet med god funksjonalitet og tilrettelegging for strukturert dokumentasjon i pasientadministrative systemer slik at den faglige kompetansen i større grad kan brukes i direkte pasientarbeid. Strukturerte data i journal kan også gjenbrukes til styringsinformasjon og forskning og være et verktøy for utvikling av bedre helsetjenester.

Utvalget anerkjenner at forhøyet risiko for vold og trusler er en del av utfordringsbildet i helsetjenestens møte med pasienter og brukere med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblemer. Utvalget vil fremheve betydningen av god og systematisk opplæring i forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk i helsetjenesten, noe som vil kunne ivareta både arbeidsmiljø og bidra til reduksjon av bruk av tvang. Slik opplæring må rettes mot hele bredden av tjenester, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

God samhandling er avgjørende for gode pasientforløp. Avbrutte eller ukoordinerte forløp er ressurskrevende og har begrenset effekt på pasientens helsetilstand. Utvalget mener det er en klar forutsetning for gode pasientforløp at ansvar og forventninger er avklart mellom tjenestenivåene og at samarbeid er basert på likeverd. Etter utvalgets syn, bør finansieringsmodellen og IKT-systemene i kommunen og helseforetakene understøtte samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter.

Utvalget vurderer at lovendringene har aktualisert behovet for tvangsforebyggende arbeid og frivillige behandlingsalternativer. Slik utvalget ser det, må det legges til rette for å jobbe systematisk med tvangsforebygging og frivillighet på flere nivå i helsetjenesten. Forskningsbasert kunnskap om hva som skal til for å lykkes må utnyttes, og tilgang til klinisk relevante styringsdata er viktig for å kunne vurdere egen praksis. Utvalget vurderer at Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for forebygging av tvang er viktige og må implementeres i hele psykisk helse feltet.

# 9 Kommunehelsetjenestens situasjon og perspektiver på samtykkevilkåret

## Utvalgets oppsummering

- Døgnkapasiteten i psykisk helsevern er over tid bygd ned og kommunene har fått et større ansvar for bo- og tjenestetilbud til personer med omfattende utfordringer innenfor området psykisk helse og rus. Antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har økt med om lag 30 prosent siden 2015. Økt kapasitet i tjenestene har bidratt til at mange personer med psykiske lidelser og ruslidelser nå kan få god hjelp i sin hjemkommune.

- Kommunene opplever at terskelen for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har økt siden 2017, og at det er en del personer med alvorlig psykisk lidelse som ikke får den behandlingen de har behov for. Det tas ikke nødvendig hensyn til brukers fungering i bo- og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse, og noen pasienter meldes etter kommunenes vurdering utskrivningsklare før de er stabilisert.

- De fleste tvangsinnleggelser skjer via kommunal legevakt. Vaktlegene har dårlige rammebetingelser og ofte begrenset erfaring med å vurdere samtykkekompetanse hos pasienter med psykisk lidelse.

- De senere årene skrives et økende antall pasienter ut med videre oppfølging på TUD. Ansvarsfordeling og rammen for oppfølging av pasienter som er underlagt TUD fremstår som uklar. Kommunene har ikke hjemmel for bruk av tvang innen psykisk helsetjeneste, og kan ikke etablere tjenester med kontroll- og overvåkingstiltak når pasienter skrives ut til TUD.

- Ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rusutfordringer og en vurdert sikkerhetsrisiko er krevende innenfor en kommunal kontekst. Disse personene befinner seg ofte i grenseland mellom kommunens og spesialisthelsetjenesten ansvar. Partene kan ha ulik vurdering av pasientens funksjonsnivå og behov. Ved rusutløst psykose blir pasienten gjerne akuttinnlagt under tvang, men har eller gjenvinner samtykkekompetansen når hen er avruset. Pasientene skrives ut, men mange blir reinnlagt etter kort tid.

- Voldsrisikovurderinger gjennomføres i varierende grad i forbindelse med innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og det er stor variasjon i tilgangen på voldsrisikovurderinger når pasienten meldes utskrivningsklar. Det innhentes ofte ikke informasjon fra kommunehelsetjenesten ved voldsrisikovurderinger.

- Samarbeid og koordinering av tjenester mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og flere andre aktører er mangelfull. Det kan føre til at viktig informasjon ikke når frem til de som har ansvar for behandling og oppfølging av pasienten og kan hindre kontinuitet og kvalitet i pasientoppfølgingen. Manglende samhandling kan skyldes at helsepersonell tolker taushetspliktbestemmelsene for strengt, at det er uklarheter i roller, juridiske rammer eller finansieringsansvar, eller at samhandlingsverktøy ikke benyttes.

## 9.1 Innledning

I norsk velferdspolitikk er det en sentral målsetting at alle, så langt som mulig, skal bo i eget hjem og få de tjenestene de har behov for der. Som en konsekvens av en politikk som innebærer at flere med omfattende psykiske helseutfordringer skal kunne bo og få behandling og oppfølging i sin hjemkommune, er døgnkapasiteten i psykisk helsevern over tid bygd ned, se omtale av dette i kapittel 8. Samtidig har kommunene gjennom samhandlingsreformen (2012), den forrige opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) og opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) fått et stadig større ansvar for bo- og tjenestetilbud til personer med omfattende utfordringer innenfor området psykisk helse og rus. Kapasiteten og tjenestetilbudet i kommunene har over tid økt betydelig, noe som har bidratt til at mange personer med psykiske lidelser og vansker nå kan få god hjelp i sin hjemkommune.

Norske kommuner er veldig ulike både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp. Organisatoriske rammebetingelser og strukturer er dermed ulike. Kommunens tjenestetilbud bygger i hovedsak på at tjenestemottakerne tar imot hjelp frivillig.

Selv om det gjennom de siste 10-15 årene har vært en betydelig oppbygging av både tjenestetilbudet og kompetansen innenfor psykisk helse og rusfeltet i kommunene, erfarer mange kommuner fortsatt at det kan være vanskelig å nå fram til de alvorligst syke brukerne med den hjelpen de har behov for. Kommunene opplever samtidig at terskelen for å få tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten er hevet til dels betydelig de senere årene og at ansvaret for pasienter som i spesialisthelsetjenesten vurderes som samtykkekompetente i praksis ofte tilbakeføres til kommunehelsetjenesten og/eller pårørende, og uten tilstrekkelig involvering fra psykisk helsevern.

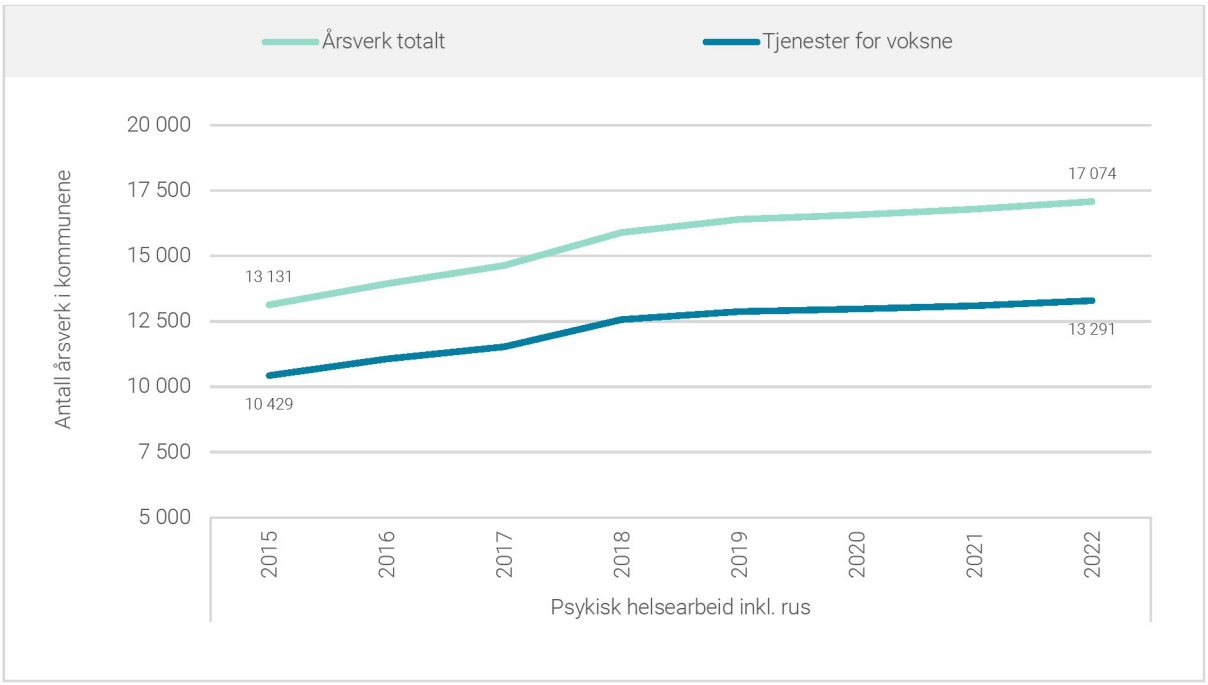
Tjenestemottakere med alvorlige psykiske helseutfordringer, eventuelt i kombinasjon med rusproblematikk (jf. ROP-lidelse), vil i perioder kunne mangle samtykkekompetanse. Denne gruppen har ofte behov for ressurskrevende og langvarige tjenester med bidrag fra både det kommunale tjenesteapparatet og fra psykisk helsevern. Å få til helhetlige behandlings- og tjenestetilbud og god samhandling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten rundt disse pasientene kan være vanskelig.

## 9.2 Aktuell situasjon

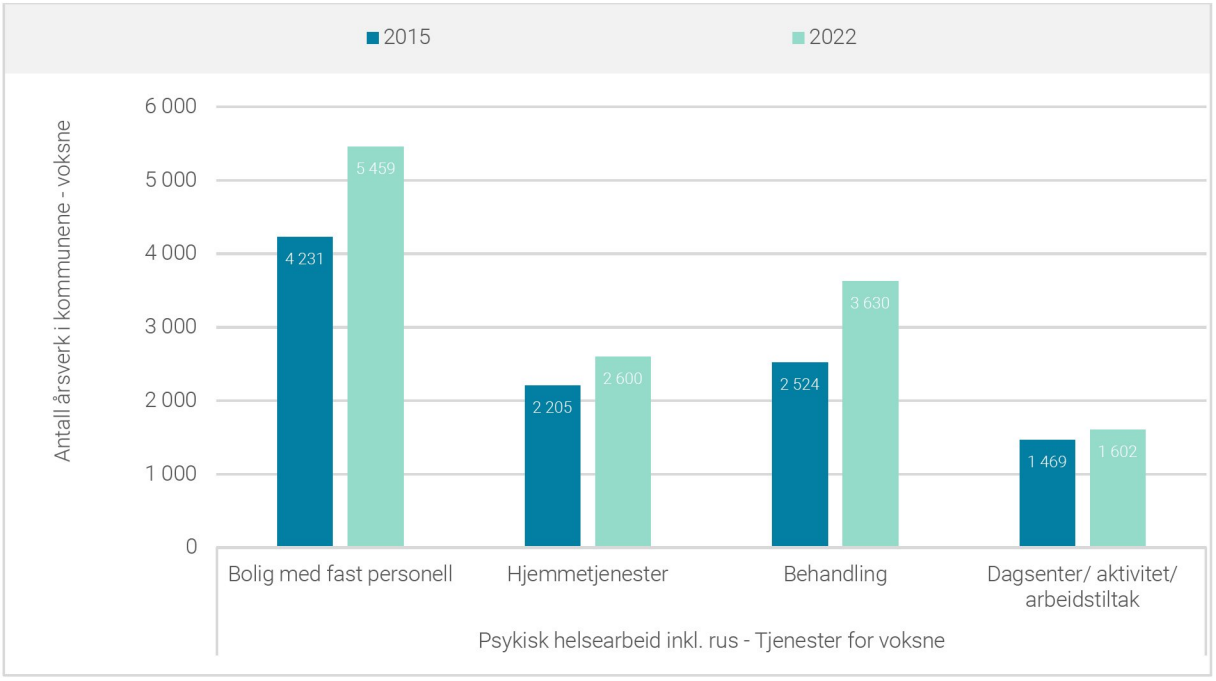
### 9.2.1 Økt ansvar og oppbygging av det kommunale tjenestetilbudet over tid

Kommunene rapporterer årlig til Sintef på årsverk, kompetanse og innhold i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Sintefs rapport for 2022 viser blant annet at antall årsverk innenfor denne tjenesten har økt med om lag 30 prosent i perioden 2015–2022 (Ose et al., 2022). Nasjonale tall er gjengitt i figur 9.1. Av de 17 000 årsverkene som er rapportert for 2022, gjaldt 78 prosent tjenester for voksne.

Den største andelen av årsverkene var knyttet til bemannede boliger, og for dette området har det også vært betydelig vekst i årsverksinnsatsen de senere årene. I tillegg rapporterer kommunene om økt ressursinnsats i hjemmetjenester, dagaktiviteter og behandlingstilbud i psykisk helsearbeid, se figur 9.2




Figur 9.1: Kommunale årsverk som gjelder psykisk helse- og rusarbeid. Utvikling i perioden 2015 – 2022.
Kilde: Sintef




Figur 9.2 Kommunale årsverk i tjenester for voksne som gjelder psykisk helse- og rusarbeid i 2015 og 2022. Fordelt etter tjenestetype.
Kilde: Sintef

Brukerplan er et verktøy for å kartlegge tjenestemottakere med psykiske helse- og rusproblemer i kommunene. Kartleggingen administreres av Kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) ved Helse Stavanger HF. Siste kartlegging ble gjennomført i 2020, men denne har lav dekningsgrad. Kartleggingen for 2019 dekker derimot om lag 80 prosent av landets befolkning og omfattet 58 790 personer over 18 år. Hvis hele landet hadde deltatt i kartleggingen ville omtrent 73 000 tjenestemottakere ha vært kartlagt, hvorav

anslagsvis 13 000 hadde hatt en alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i kombinasjon med rusproblematikk. Resultatene av kartleggingen, som er publisert i årsrapport for 2019, viser at ni prosent av de kartlagte dette året hadde en alvorlig ROP-lidelse og at åtte prosent hadde en alvorlig psykisk lidelse uten samtidig ruslidelse. Prevalens for kommunale tjenestemottakere med rusproblemer er fra kartleggingen beregnet til 7 per 1 000 innbyggere over 18 år og til 11 per 1 000 innbyggere for tjenestemottakere med psykiske problemer uten samtidig ruslidelse. 18 prosent av mottakerne som ble kartlagt i 2019, opplevde vold og trusler i hverdagen, enten ved at de selv var utsatt for vold eller ved at de utsatte andre for det. For tjenestemottakere med en alvorlig ROP-lidelse var andelen 43 prosent. For tjenestemottakere med alvorlig psykisk lidelse uten samtidig ruslidelse var andelen 17 prosent. Av tjenestemottakerne med en alvorlig ROP-lidelse var bosituasjonen vurdert som utilfredsstillende for 45 prosent, og 7 prosent var bostedsløse (Hustvedt et al., 2020). Resultatene sier noe om omfanget av og kompleksiteten i det kommunale ansvaret.

Den nasjonale satsingen på oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT er omtalt i kapittel 8. Slike team har vært et viktig bidrag for å gi mange brukere med samtidig psykisk helse- og rusmiddellidelse mer helhetlig og sammenhengende hjelp. Dette er behandlingstilbud der kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeider og som har særlig kompetanse på å etablere kontakt med personer som i utgangspunktet har liten tillit til hjelpeapparatet. Brukerplan-kartleggingen fra 2019 viste at 12 prosent av de kommunale tjenestemottakere med en alvorlig ROP-lidelse var inkludert i en slik ordning. Gjennomgangen i kapittel 8 viser at ordningen er bygd noe ut etter 2019, og det må derfor antas at gjeldende andel er noe høyere, men utvalgets forståelse er at det fortsatt er et betydelig potensial og behov for videre utbygging av slike tjenester.

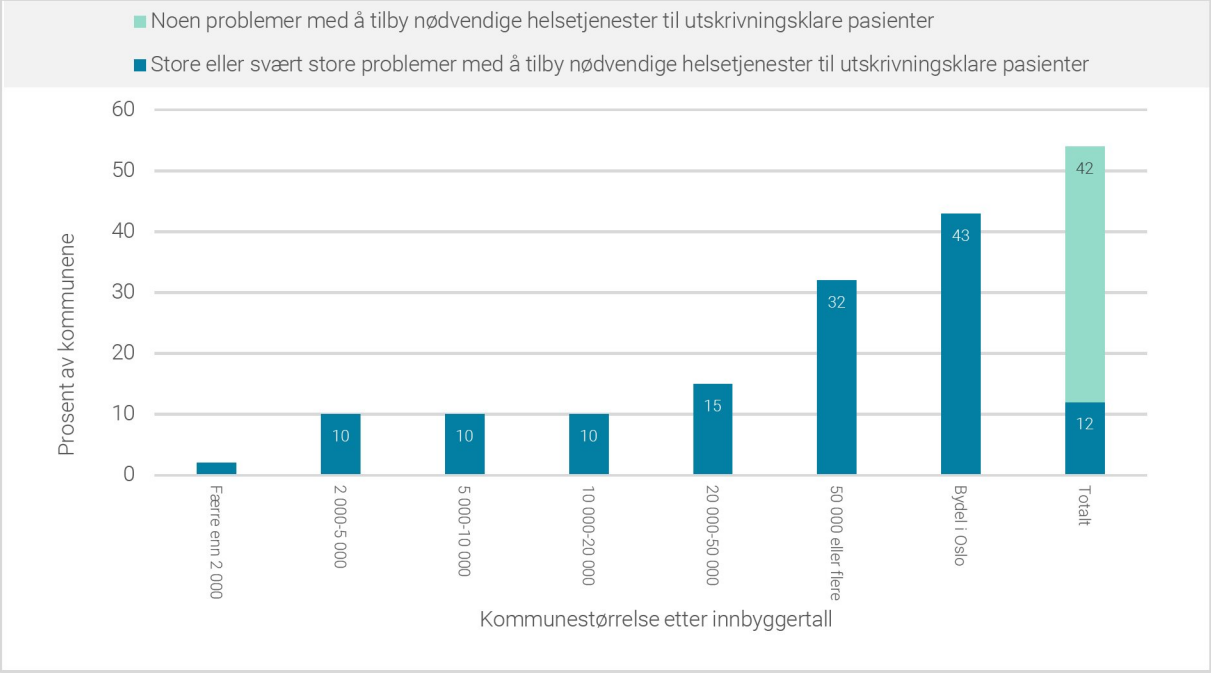
En evaluering av FACT som ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste ROP i 2020 viser blant annet at innleggelser på tvang reduseres etter inntak i slike behandlingstilbud og at brukere som var inkludert i ordningen opplevde stor bedring på flere livsområder. Samtidig avdekker evalueringen også at uklare rammer for oppgavefordeling og finansieringsansvar på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten eller journalsystemer som ikke «snakker sammen» kan gjøre det vanskelig å få slike tverrgående tjenester til å fungere godt i praksis (Landheim et al., 2020).

Med Samhandlingsreformen i 2012, ble ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innført. Ordningen innebærer en kommunal finansieringsplikt for pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som blir liggende på sykehuset i påvente av nødvendige kommunale tjenestetilbud etter utskrivning. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble inkludert i ordningen i 2019, og det kommunale ansvaret for pasienter med alvorlige psykiske lidelser ble med det ytterligere tydeliggjort. Helsedirektoratet beskriver i en utredningsrapport om ønsket innretning av utskrivningsprosessen at psykisk helsevern for voksne meldte kommunene om nærmere 14 000 utskrivningsklare pasienter i løpet av 2019 og 2020 (Helsedirektoratet, 2021d). Om lag 90 prosent av pasientene ble tatt imot av sin oppholdskommune innen 24 timer etter at de ble meldt utskrivningsklare. Utredningen identifiserer også en del utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen og anbefaler ulike tiltak for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene, herunder tiltak rettet mot rutiner, informasjonsflyt og finansiering.

Figur 9.3 refererer kommunenes egen vurdering av evne til å gi nødvendige tjenester til utskrivningsklare pasienter. Tallene er hentet fra Sintefs kartlegging for 2022. Selv om det har skjedd en betydelig oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene de siste årene, meldte

fortsatt mer halvparten av kommunene som i 2022 inngikk i kartleggingen at de hadde visse problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. 12 prosent av kommunene oppgav at problemene var store eller svært store, og utfordringene var størst i de store kommunene. Ressursmangel, boligsituasjonen, voldsrisiko og at mange pasienter var for dårlige til at de kommunale tjenestene kunne ivareta dem ble oppgitt som årsaker.

På generelt grunnlag meldte om lag halvparten av kommunene i Sintefs siste kartlegging at boligsituasjonen var middels, dårlig eller svært dårlig. 85 prosent av kommunene oppgav at hovedutfordringen var boliger til personer med ROP-lidelse.




Figur 9.3 Kommunenes vurdering av egen evne til å tilby nødvendige helsetjenester til utskrivningsklare pasienter i 2022. Kilde: Sintef

Det er flere utfordringer rundt utskrivningsprosessene for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsproblematikk, og i mange tilfeller strever både spesialisthelsetjenesten og kommunen med å gi denne gruppen et adekvat sikkerhets-, behandlings- og omsorgstilbud. Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) publiserte i 2020 en rapport om utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien (SIFER, 2020b). Kartleggingen de har gjort viste at mange kommuner tar imot pasienter med sammensatte utfordringer fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger og at det har vært en økning i denne typen utskrivelser de siste årene. Analysen synliggjør at kommunene kan oppleve det som krevende å overta ansvaret for pasienter med forhøyet risiko for framtidig vold, og ofte samtidig rusavhengighet, og at kommune- og spesialisthelsetjenesten kan være uenige om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar. Gradvis nedtrapping av tvangstiltak før utskriving, tydelig fordeling av ansvar, godt utarbeidede planer for behandling og risikohåndtering, samt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølgingen ser ut til å være premisser for at denne pasientgruppen skal kunne ivaretas på en god måte i kommunen.

Sintefs kartlegging viser at samarbeidet mellom kommunene og psykisk helsevern for voksne varierer mellom helseforetak og landsdeler. Bare 29 prosent av kommunene rapporterte i 2022

at de i stor eller svært stor grad får råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med opplegg for enkeltpasienter. Kun 21 prosent rapportere at de i stor eller svært stor grad samarbeider med spesialisthelsetjenesten om slike opplegg. En kvalitativ studie gjennomført av Wormdahl m.fl. i 2020 viser at kommunene ofte opplever å stå alene om oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer, og at de etterlyser mer støtte og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, flere senge- og kriseplasser, og flere muligheter til å stå sammen om et helhetlig tjenestetilbud (Wormdahl et al., 2020).

Utvalget mener at disse resultatene til sammen viser et fortsatt behov for utbygging av både boligtilbud og oppsøkende tjenester som ACT og FACT, med deltagelse fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalgets vurdering er at kommunale tjenestene ikke kan forventes å ha ressurser eller kompetanse til alene å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse. Dette må være et felles ansvar for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utover et behov for å se på kapasitet i ulike deler av tjenesten, mener utvalget at det også er viktig at rettighetsfestede samhandlingsverktøy som individuell plan og koordinator tas i bruk for å understøtte samhandling og et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for denne pasientgruppen.

## 9.3 Juridiske rammer for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

### 9.3.1 Kommunalt ansvar for psykisk helse- og rusarbeid

Kommunens ansvar for psykisk helse- og rusarbeid er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (hol) kapittel 3. Det følger av hol. § 3-2 første ledd at kommunen blant annet skal tilby utredning, diagnostisering og behandling (nr. 4), sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (nr. 5) og helsetjenester i hjemmet (nr. 6). Videre skal kommunen medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med hjelpe- og vernetiltak for de som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker, jf. hol. § 3-7.

Kommunehelsetjenesten har med dette en viktig rolle for å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse. Dette gjelder også pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), enten dette er etablert på bakgrunn av vilkåret om manglende samtykkekompetanse eller på bakgrunn av farevilkåret. Utvalgets forståelse er at uklarheter om ansvarfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av denne pasientgruppen er en sentral samhandlingsutfordring, som også griper inn i spørsmålet om kompetansevurderinger.

### 9.3.2 Begrensede tvangshjemler overfor personer med psykiske lidelser i kommunale tjenester

Det er begrensede hjemler for tvangsbruk i den kommunale psykisk helse- og rustjenesten. Hol. kapittel 10 gir hjemmel for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Barneverns- og helsenemnda kan fatte vedtak om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder dersom noen utsetter sin «fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk», jf. hol. § 10-2. Vedtaket forutsetter at hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Videre kan barneverns- og helsenemnda fatte vedtak om at gravide rusmiddelavhengige uten eget samtykke innlegges på institusjon og holdes tilbake gjennom hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er «overveiende sannsynlig» at barnet vil bli født med skade. Men vedtak om slik tilbakeholdelse etter §§ 10-2 og 10-3 skal gjennomføres i institusjoner under spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A regulerer somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsene i kapittel 4 A gir ikke hjemmel for tvungen behandling av psykiske lidelser. Det vil likevel være adgang til å yte tvungen somatisk helsehjelp overfor personer som mangler samtykkekompetanse på grunn av psykiske lidelse, forutsatt at de øvrige vilkårene etter pbrl. kapittel 4 A er oppfylt. Det er altså tilstanden som behandles som avgjør hvilken lov som kommer til anvendelse (Bjorå et al., 2019). Personen kan dermed motta tvungen somatisk helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A og samtidig motta helsehjelp for sine psykiske lidelser etter psykisk helsevernloven (phvl.) (Helsedirektoratet, 2015).

Utover disse bestemmelsene har ikke kommunen hjemler til å benytte tvang innen psykisk helse og rustjenesten.

### 9.3.3 Tvangstiltak i kommune- og spesialisthelsetjenesten overfor personer underlagt TUD

Spørsmålet om hvilke tvangstiltak kommunen kan iverksette blir ofte aktualisert når spesialisthelsetjenesten skriver ut personer til TUD. Dette gjelder særlig ved utskriving av pasienter med en alvorlig sinnslidelse i kombinasjon med rusmiddelavhengighet og forhøyet voldspotensial. Både helselovgivningen og ulike nasjonale råd og veiledere legger opp til et tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse. Likevel er helselovgivningen noe uklar når det gjelder ansvarsfordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og adgangen til tvangsbruk overfor pasienter på TUD.

Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være avsluttet før pasienter i psykisk helsevern er utskrivningsklare. Dette følger av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (jf. § 9 andre ledd). Hovedregelen gjelder likevel ikke for pasienter på TUD, da spesialisthelsetjenesten fremdeles har ansvar for det polikliniske behandlingstilbudet til disse pasienten.

I brev til Helse Førde HF av 24. april 2019 finner Helsedirektoratet at verken phvl. kapittel 4 eller pasientens eget samtykke kan hjemle restriktive tiltak i pasientens bolig når vedkommende er underlagt TUD (Helsedirektoratet, 2019b). Utvalget er kjent med at dette brevet ble påklaget til Sivilombudet, som fant at hjemmelsgrunnlaget for slike restriktive tiltak var uklart. Utvalget støtter denne vurderingen og mener det ikke er tilstrekkelig tydelig hvilke hjemler som regulerer oppfølgingen av disse pasientene. Videre erfarer utvalget at oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er omdiskutert for pasienter underlagt TUD. Pasientens adgang til å samtykke til begrensende tiltak er også uklar, særlig dersom pasienten er beslutningskompetent og følges opp på TUD på grunnlag av farevilkåret.

Tilsvarende utfordringer gjelder for pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern (jf. straffeloven § 62) som følges opp på TUD. Helsedirektoratet har i brev av 9. mai 2022 til Oslo kommune påpekt at kommunen sannsynligvis ikke har hjemmel til å etablere tjenester med omfattende kontrolltiltak som fotfølging overfor personer dømt til tvungent psykisk helsevern som følges opp på TUD (Helsedirektoratet, 2022b). Ut fra Helsedirektoratets forståelse kan verken den faglige ansvarlige eller påtalemyndigheten pålegge eller forplikte kommunen til slike kontrolltiltak. Pasienten kan heller ikke samtykke til slike inngripende tiltak. Helsedirektoratet påpeker at hensynet til behandling av den domfelte og samfunnsvernet står sentralt i vurderingen av hvordan det tvungne vernet til enhver tid skal gjennomføres. Utvalget støtter disse vurderingene, og mener at gjeldende lovverk for kommunehelsetjenesten ikke er

utformet med tanke på ivaretakelse av samfunnsvernet overfor personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial utenfor døgninstitusjon.

Kommunehelsetjenesten har dermed begrensede tvangshjemler tilgjengelig. Utvalget erfarer at kommunene heller ikke ønsker flere tvangshjemler overfor denne pasientgruppen, og utvalget anbefaler heller ikke en slik utvidelse. Slik utvalget ser det, er det behov for en utredning av ansvarsfordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og andre relevante samfunnsaktører for bedre å ivareta denne sårbare pasientgruppen. Utvalget har på bakgrunn av dette forslag om tiltak jf. punkt 9.7.5. og 13.6.5

### 9.3.4 Taushetsplikten og informasjonsutveksling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bestemmelsene om taushetsplikt er felles for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det kan utveksles informasjon om pasienten med annet personell i helse- og omsorgstjenesten som samarbeider om behandlingen av pasienten eller som tidligere har behandlet pasienten. Dette følger av helsepersonelloven (hpl.) § 25. Samarbeidende personell omfatter også den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som fastlege og den psykiske helsetjenesten i kommunen. Tilsvarende kan helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. hpl. § 45. Opplysningene kan bare gis til annet personell som behøver denne for å gi helsehjelp til pasienten. Dette forutsetter at pasienten ikke uttrykkelig motsetter seg dette, jf. hpl. §§ 25 og 45. Det er altså ikke krav til å innhente pasientens samtykke til at taushetsbelagte opplysninger utveksles mellom samarbeidende personell, med mindre det er holdepunkter for at pasienten ville motsette seg det.

Kravet til forsvarlig helsehjelp kan likevel gjøre at samarbeidende personell kan utlevere taushetsbelagte opplysninger til tross for pasientens motstand. Det følger av forarbeidene til helsepersonelloven § 25 første ledd at det kan tenkes «tilfeller der helsepersonell, ut fra kravet til forsvarlig helsehjelp, kan utlevere opplysninger til samarbeidende personell selv om pasienten motsetter seg det» (Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 229). Forarbeidene viser her til merknadene til hpl. § 45 om utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger.

Helsepersonell vil kunne bygge på rettsstridsreservasjonen i hpl. § 23 dersom det er av særlig stor betydning for helsehjelpen at journalopplysninger utleveres (Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 240). Unntaket fra taushetsplikten i hpl. § 23 nr. 4 om «tungtveiende private eller offentlige interesser» kan være anvendelig i slike tilfeller. Dette unntaket hviler på nødrettslige betraktninger og kan anvendes i akutte situasjoner ut fra en konkret vurdering. Unntaket er mindre egnet for forebyggende informasjonsutveksling om pasienter over tid og mellom tjenestenivåer. Utvalget mener det er hensiktsmessig å skille mellom unntak fra taushetsplikten med et akutt og et mer langsiktig perspektiv. Utvalget ser nærmere på bestemmelsene om taushetsplikt i forbindelse med fare for i kapittelet om samfunnsvern (punkt 11.8.2).

## 9.4 Kommunehelsetjenestens rolle og ansvar ved etablering av tvungent psykisk helsevern

### 9.4.1 Legeundersøkelse før henvisning til tvungent psykisk helsevern

Det fremgår av psykisk helsevernloven at det er et vilkår for tvungent vern at pasienten er undersøkt av to leger (phvl. §§ 3-2 nr. 2 og 3-3 nr. 2). Én av disse (henvisende lege) skal være uavhengig av den vedtaksansvarlige institusjonen i psykisk helsevern. Ofte er det pasientens fastlege eller en legevaktslege som gjør denne første undersøkelsen og henviser pasienten til tvungent vern. Dersom pasienten unndrar seg legeundersøkelse det er behov for, kan kommunelegen fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse (phvl. § 3-1 andre ledd). Henvisende lege skal gi en skriftlig uttalelse om sin vurdering av vilkårene om tvungent vern, herunder vilkåret om manglende samtykkekompetanse.

På samme måte som for øvrige innleggelser i spesialisthelsetjenesten, har kommunehelsetjenesten en portvokterfunksjon for tvungent vern. Henvisende lege skal gjennom vurdering av aktuelle vilkår for tvungent vern, på samme tid ivareta sårbare pasienters rett til nødvendig helsehjelp, sikre samfunnsvernet og unngå unødig bruk av tvang. En del av kommunehelsetjenestens portvokterfunksjon innebærer å vurdere hvorvidt pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre. Slike farevurderinger forutsetter kunnskap om hvordan dette bør vurderes i kommunehelsetjenesten. Utvalget mener at farevurderingene har blitt enda viktigere etter innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Dette er også omtalt i kapittel 11.

### 9.4.2 Primærlegenes forståelse og praktisering av samtykkevilkåret i psykisk helsevern

På oppdrag fra utvalget har Frivillighet og tvang (tidligere TvangsForsk), i samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin (NFA), gjennomført en spørreundersøkelse blant norske allmennleger. Formålet med undersøkelsen var både å få et inntrykk av hvordan allmennleger forstår vilkåret om manglende samtykkekompetanse, og å få et inntrykk av hvordan og hvor ofte slike kompetansevurderinger gjøres. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i kapittel 2 og en oppsummering av hovedresultater fra undersøkelsen er også publisert på utvalgets nettsider (Ekspertutvalg om samtykkekompetanse, 2023).

Resultatene viser at om lag halvparten av respondentene hadde fem eller færre henvisninger for innleggelse til psykisk helsevern i løpet av et år. Svarene i undersøkelsen indikerer likevel stort sett god forståelse av samtykkekompetansevilkåret, men det er også svar som antyder praksis som ikke er helt i tråd med regelverket. Videre viser undersøkelsen at det er ulike tilnærminger til selve gjennomføringen av kompetansevurderingen. Noen ser hen til FARV. Noen har laget sin egen metode. Flertallet beskriver kompetansevurderingene som tidkrevende og 89 prosent innhentet komparentopplysninger i vurderingen. Til sammen har over 90 prosent av respondentene svart at vurdering av samtykkekompetanse er vanskelig, og de fleste ønsker mer opplæring.

Flere enn 80 prosent av respondentene i undersøkelsen mente at kravet til samtykkekompetanse er viktig for pasientens rettsikkerhet, men samtidig viser også undersøkelsen at respondentene er usikre på om samtykkebestemmelsen gir riktigere tvangsbruk. To av tre mente også at kravet gjør det vanskelig å gi god behandling til de sykeste og mer enn halvparten svarte at samtykkevilkåret gjør det vanskelig å legge inn pasienter på tvunget vern. Av de respondentene som hadde erfaring fra allmennmedisin før innføringen av

samtykkevilkåret i 2017 (76 prosent), mente flertallet at kravet til samtykkekompetanse har ført til at flere pasienter skrives ut før de er ferdigbehandlet og at det har blitt flere «svingdørspasienter». Mer enn halvparten mente også at det nye vilkåret hadde betydd lite for egen henvisningspraksis. Bare 13 prosent mente at de brukte farevilkåret oftere enn før 2017.

Utvalget er oppmerksom på at responsraten for undersøkelsen er liten (10 prosent). Det er derfor usikkert om den gir et representativt inntrykk, men det er utvalgets vurdering at resultatene er i henhold til det bildet som også tegnes gjennom skriftlige innspill og andre studier.

At samtykkevilkåret har vært og kan være utfordrende for henvisende leger, fremgår for eksempel av innspillet utvalget har mottatt fra *NFA.* Foreningen mener at manglende samtykkekompetanse skapte en del usikkerhet blant allmennleger da vilkåret ble innført, og at en del pasienter ikke ble innlagt selv om de var i behov av det. Innspillet peker videre på forståelsen av beviskravet («åpenbart») som én viktig årsak til høy terskel for å henvise til psykisk helsevern, og at pasientens ønske om å ikke få behandling ble respektert i for stor grad. I vurderingen basert på en kort samtale med en ukjent pasient etter en bekymringsmelding, vil ikke holdepunkter for oppfyllelse av farevilkåret eller åpenbar svikt i pasientens samtykkekompetanse alltid fremkomme. Ifølge *NFA* var de kjent med saker der det hadde blitt tatt hensyn til samtykkekompetansen, men der det i ettertid viste seg å være fare for liv og helse.

SME-evalueringen fra april 2023 (se omtale i kapittel 2) fant at henvisende leger i kommunehelsetjenesten hadde begrenset kjennskap til lovendringene fra 2017 og til kompetansevurderinger. Informantene mente at dette kunne ha bidratt til at pasienter som reelt sett manglet samtykkekompetanse ble henvist som om de var samtykkekompetente (falsk positiv) og at de dermed kunne unndra seg helsehjelp. Det kunne også ha ført til at samtykkekompetente pasienter ble vurdert å mangle kompetanse (falsk negativ) og henvist til tvungent vern. Mangel på tid og mengdetrening blir i SME-evalueringen trukket frem som en særlig utfordring for legene i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven presiserer at henvisende lege ikke skal treffe en avgjørelse om samtykkekompetanse, men kun avgi en «uttalelse». Helsedirektoratet påpeker at henvisende lege vil ha «kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege» (Helsedirektoratet, 2017c). Utvalget er kjent med lokal praksis hvor denne presiseringen blir forstått som at pasienter mangler samtykkekompetanse dersom vedkommende har svak sykdoms- og konsekvensinnsikt. Utvalget mener på bakgrunn av dette at det er behov for at Helsedirektoratet presiserer hva det innebærer at innleggende leger kun skal komme med en uttalelse om samtykkekompetanse, herunder hvilke krav som stilles til omfanget av en slik kompetansevurdering. Utvalget mener de vurderinger som legges til grunn for presiseringen bør ta hensyn til alle de øvrige arbeidsoppgaver allmennleger har. Utvalget ser også behov for tilpasset opplæring om kompetansevurderinger rettet mot allmennleger og at det utarbeides og implementeres et tilpasset verktøy for slike vurderinger i kommunehelsetjenesten. Ettersom lovendringene harmoniserer lovverket på tvers av somatikk og psykisk helse, og kompetansevurderinger er viktig for alle deler av helsetjenesten, mener utvalget at opplæringstiltak for henvisende lege også bør inkluderer tvangshjemlene for somatisk helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

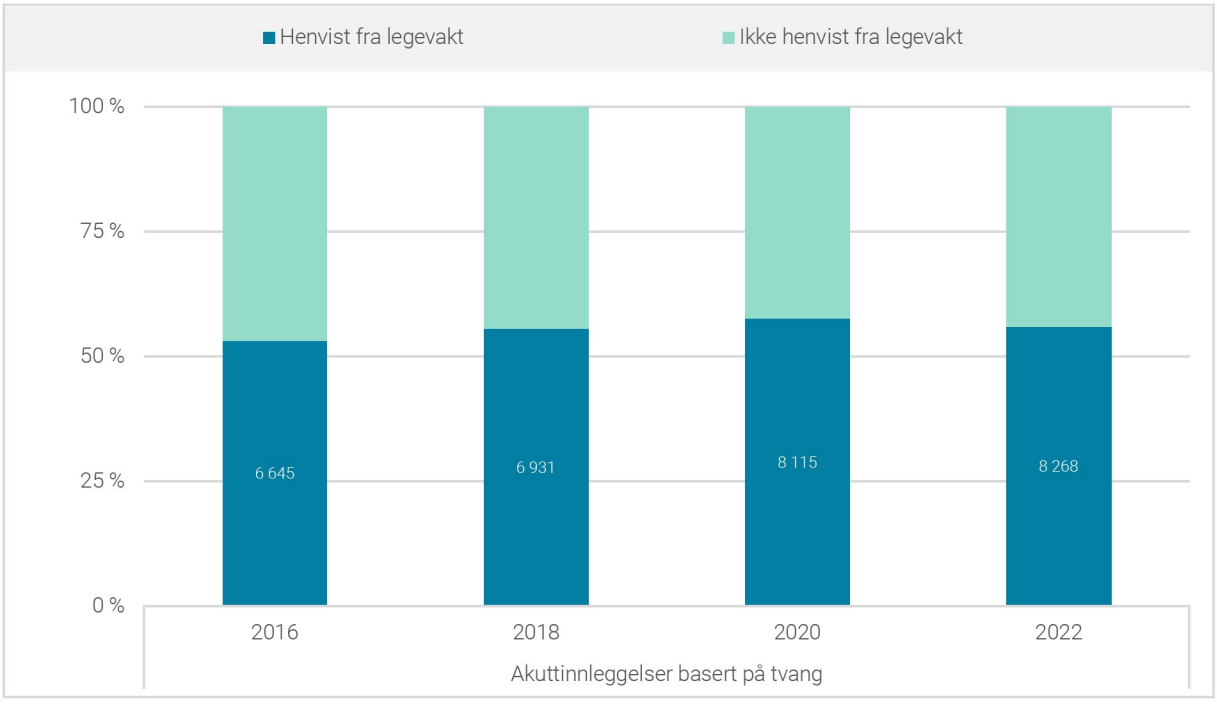
### 9.4.3 Etablering av tvungent psykisk helsevern starter oftest i legevakt

Kapittel 6 presenterer resultater fra registerdata-analyser om bruk av tvang i psykisk helsevern. Disse viser at 14 800 av alle innleggelser i psykisk helsevern i 2022 var basert på tvang. For aldersgruppa 16 år og eldre tilsvarer dette 44 prosent av alle akuttinnleggelser til psykisk helsevern i 2022, og antall henvisninger til tvungent vern har økt med anslagsvis 6–10 prosent siden 2016.

Selv om dette er forholdsvis store tall, blir de små når de skal fordeles mellom landets kommuner og primærleger. Flertallet av de som henviser til tvungent psykisk helsevern har derfor begrenset erfaring med situasjoner der de skal ta stilling til aktuelle vilkår for tvungent vern. Dette bekreftes i spørreundersøkelsen til allmennleger som er omtalt over.

Norsk forening for allmennmedisin sier i sitt innspill at fastleger sjelden iverksetter tvang etter psykisk helsevernloven overfor egne pasienter og at de fleste tvangsinnleggelser skjer via legevakt. Utvalget har bedt Helsedirektoratet undersøke dette gjennom registerkobling mellom Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og analysen bekrefter denne antagelsen. Koblingen antyder at nærmere 60 prosent av tvangsinnleggelsene i 2022 kom via legevakt. Både andelen og antallet har, som vist i figur 9.4, økt etter 2016.

Beslutningene om tvang tas altså ofte akutt og med begrensede muligheter til å fordype seg i de juridiske problemstillingene når man står i en konkret situasjon.




Figur 9.4 Legevakt som henvisende instans ved henvisning til tvungent vern i psykisk helsevern i perioden 2016 – 2022
Kilde: Helsedirektoratet - NPR/ KPR

### 9.4.4 Kompetanse hos henvisende instans er viktig for riktig bruk av tvang

For 2022 viser registerdata-analysene at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert for 5 400 av de innleggelsene der henvisende lege søkte pasienten innlagt under tvungent vern (jf. vedtak om «ikke-etablering», se også punkt 6.6.3) Det betyr at henvisers vurdering om behov for innleggelse under tvungent vern overprøves i anslagsvis i

35–40 prosent av tilfellene.[2] Antallet av slike innleggelser var høyt også før lovendringene i 2017, men registerdata-analysene viser noe økning de senere årene. Avstanden mellom den vurdering som gjøres av henvisende lege og den forståelsen som legges til grunn hos vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten synes altså å ha blitt større med det nye kravet om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern.

Registerdata-analysene viser videre at ikke-etableringer ofte er svært korte døgnopphold og at de oftest gjelder pasienter der angitt hoveddiagnose var rusrelatert lidelse (jf. ICD-10 kapittel F0), personlighetsforstyrrelse (jf. ICD-10 kapittel F6) eller nevrotisk lidelse (jf. ICD-10 kapittel F4). Rus som hoved- eller tilleggsdiagnose var i 2022 oppgitt for 40 prosent av disse døgnoppholdene. Analysene viser også at bare et mindretall av pasientene fortsatte døgnbehandlingen på frivillig grunnlag når tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert og at flertallet ikke hadde noen form for oppfølging fra psykisk helsevern de første ukene etter utskriving. Det er uklart i hvilken grad dette skyldes at pasienten på eget initiativ valgte bort behandling etter en ikke-etablering, men registerdata viser at én av fire ble akuttinnlagt på nytt etter kort tid. Reinnleggelser er omtalt i punkt 6.8.2.

Ved ikke-etablering har pasienten reelt vært holdt tilbake under tvang i inntil 24 timer i påvente av vedtaksansvarliges vurdering. Innleggelse var trolig både riktig og viktig i mange av de tilfellene som endte med en ikke-etablering av tvungent vern. Pasientens tilstand kan også ha endret seg mellom første og andre legeundersøkelse, for eksempel fordi pasienten har vært preget av rus. Det er også utvalgets forståelse at det blant de pasientene dette gjelder er en gruppe som burde ha fått tilbud om noe annet enn gjentatte, korte akuttopphold i psykisk helsevern, for eksempel gjennom ordninger som FACT/ACT, i form av brukerstyrte døgntilbud, lengre døgnopphold i spesialisthelsetjenesten eller om oppfølging i forsterkede boliger drevet av kommune- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap. Antall ikke-etableringer, antyder likevel en betydelig og økende diskrepans mellom vurdering hos henvisende instans og hos faglig ansvarlig, og indikerer etter utvalget syn også behov for opplæring og tydeligere retningslinjer i de vurderinger som ligger til grunn for etablering av tvungent vern.

Utvalget er ikke kjent med tallgrunnlag eller studier som belyser hvorvidt pasienter som feilaktig er vurdert som samtykkekompetente (falsk positiv) unndrar seg behandling. Utvalget kjenner heller ikke til studier som belyser hvorvidt samtykkekompetente pasienter som oppfyller farevilkåret ikke henvises for tvungent vern fordi henvisende lege ikke har tilstrekkelig informasjon eller kompetanse til å avdekke at farevilkåret er oppfylt. Innspill utvalget har mottatt gir grunnlag for å anta at dette skjer. NFA sier i sitt innspill at de er kjent med alvorlige hendelser og dødsfall som kan knyttes til feil forståelse av samtykkevilkåret. Tilbakemeldinger fra pårørende og pårørendeorganisasjoner tyder også på at det er eksempler på at pasienter ikke har fått den hjelpen de trenger etter at samtykkebestemmelsen ble tatt inn i lovgrunnlaget. Eksempelvis beskriver Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) at det er «pasienter som er erklært samtykkekompetente og som går til grunne når de pårørende mener at vedkommende ikke er samtykkekompetent». Etter utvalgets syn, er gode henvisningsrutiner, tilgang til informasjon og tilstrekkelig kompetanse i kommunehelsetjenesten nødvendige forutsetninger både for å unngå unødig bruk av tvang og for å sikre pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Noen ganger vil disse forutsetningene også være avgjørende for ivaretagelse av samfunnsvernet.

[2] Andelen kan ikke beregnes mer presist da registerdata ikke gir eksakt informasjon om antall henvisninger for tvungent vern.

## 9.5 Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i kommunehelsetjenesten

Utvalget viser til punkt 11.9 om pasientoppfølging og samfunnsvern når personer med alvorlig psykisk lidelse ikke er innlagt på døgninstitusjon. KS publiserte i februar 2023 FOU-rapporten «I grenseland». Rapporten omhandler samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i kommunehelsetjenesten (Skog Hansen et al., 2023). Problemstillingen som belyses i rapporten er hvordan kommunene vurderer utfordringene knyttet til ivaretakelse av behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidig rusmiddelmisbruk, og en vurdert sikkerhetsrisiko. I rapporten drøftes kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til denne pasientgruppen ved utskriving til TUD. Hensynet til samfunnsvern står sentralt. Målgruppen inkluderer både personer dømt og sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, og hvor det også er en kjent forhøyet voldsrisiko. Nesten alle kommunene i utvalget oppgir at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i kombinasjon med rusproblemer og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for.

Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlige psykiske lidelser og ofte samtidige rusproblemer. Personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Kommuner og spesialist-helsetjenesten kan ha ulik forståelse og vurdering av pasienters behov og av hverandres kontekst og rammer. Undersøkelsen viser frustrasjon i kommunene over manglende inkludering av kommunal kontekst i spesialisthelsetjenestens vurdering av pasienters samtykkekompetanse. Det er få som erfarer at det blir tatt hensyn til brukers fungering i bo og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse. Det er i tillegg en opplevelse av at begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og gir høyere terskel for innleggelse.

Rapporten gir en rekke anbefalinger for å kunne tilrettelegge for bedre oppfølging av målgruppen og ivareta hensyn til samfunnsvern i kommunene. Forslagene gjelder blant annet avklaring av det juridiske handlingsrommet og de ulike aktørenes ansvar, og behov for utvikling av nye bo- og behandlingstilbud for å imøtekomme målgruppens sammensatte behov på en bedre måte.

### Mangler kommunale boliger tilpasset målgruppen

KS-rapporten konkluderer med at de største utfordringene knyttet til bosetting i kommunene er mangel på boliger tilpasset målgruppen, behov for døgnbemanning, inn- og utagangskontroll, skjerming fra rus eventuelt ruskontroll, observasjon og «fotfølging» som beskrives av spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskriving. Særlige utfordringer knytter seg til å gi egnede tjenester til mennesker med ROP-lidelse, mennesker med samtidig nedsatte kognitive ferdigheter og brukere som ikke ønsker tjenester. Mange kommuner har etablert ambulante oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rustjenesten, men etterlyser bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.  Utvalgets vurdering er at noe av dette er forhold som et velfungerende FACT bør kunne overkomme, med ressurser fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget anerkjenner imidlertid at det kan være særlige utfordringer knyttet til boligsituasjonen for noen av disse brukerne, som kan ha behov for bolig med døgnbemanning og tett oppfølging av personell med spesialisert kompetanse.

### Stor variasjon i tilgang på voldsrisikovurderinger

Undersøkelsen viser stor variasjon i tilgangen på voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer meldes utskrivningsklare med behov for kommunale bolig- og tjenestetilbud. Voldsrisiko-vurderingene må etterspørres spesifikt fra kommunene, de

gir begrenset informasjon og kommer ofte sent i utskrivningsforløpet. Mer enn halvparten av kommunene i undersøkelsen sier at det ikke hentes inn informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av voldsrisikovurderinger i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har i svært begrenset grad fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta hensyn til sikkerhet for ansatte, brukere og nabolag, og har i varierende grad etablert systemer for selv å gjennomføre voldsrisikovurderinger av brukere. Utvalgets vurdering er at dette taler for at voldsrisikovurderinger og de tiltak som utformes på grunnlag av denne, bør gjøres i dialog med kommunehelsetjenesten, og at den bør vurdere risiko i en kommunal kontekst.

### Kommune- og spesialisthelsetjenesten vurderer pasienten ulikt

De fleste kommunene i undersøkelsen har vært uenige med spesialisthelsetjenesten i vurderingen av om en pasient innlagt på tvunget psykisk helsevern er utskrivningsklar. Det samme gjelder utskrivning av personer dømt til tvunget psykisk helsevern. Uenigheten er relatert til beskrevet behov for heldøgnstjenester og ulike kontrollregimer, uenighet om funksjonsnivå og manglende opplegg for ivaretakelse av samfunnsvernet. Utvalgets vurdering er at tydeligere føringer for ansvarsfordeling og finansieringsløsninger som støtter oppunder samarbeid på tvers, som likeverdige parter, vil kunne avhjelpe dette. Det vises i den forbindelse til Sykehusutvalgets forslag om etablering av samhandlingsbudsjetter innenfor rammen av de regionale helsefellesskapene,[3] og evaluering av betalingsordning for utskrivningsklare pasienter (NOU 2023: 8, 2023).

## 9.6 Kommunehelsetjenestens erfaringer med samtykkevilkåret

Noe som går igjen i flere innspill utvalget har mottatt er at bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten og med pårørende kan bidra til å sikre bedre pasientbehandling.

Videre er det knyttet bekymring til at pasienter og brukere med alvorlig psykisk lidelse ikke får den behandlingen de har behov for og at dette kan være en krevende gruppe å ivareta for kommunene. ROP-pasienter nevnes av flere som en særlig sårbar gruppe. Begrenset kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulante tjenester oppgis som de viktigste årsakene til dette og det etterlyses gode modeller for samhandling, og bolig- og behandlingstilbud for brukere med særlig utfordrende adferd. I KS sitt innspill til utvalget heter det blant annet:

> På bakgrunn av mange henvendelser fra kommuner har KS over tid advart mot nedbygging av døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten og bedt regjering og Storting om en styrking av døgnkapasiteten. Vi har pekt på at det kan avhjelpe kapasiteten i kommunesektoren og føre til mindre svingdørsproblematikk mellom nivåene, noe som i seg selv skaper utfordringer for kommunal sektor og for den enkelte bruker. Det dreier seg om betydelige kostnader, uforutsigbarhet i utskrivning, og krav om boligtilbud, samt uklart lovverk med betydelige gråsoner.

Samtykkekompetansevilkåret, og i særlig grad praktiseringen av dette vilkåret, nevnes som én av flere mulige forklaringsfaktorer. Hovedinntrykket er likevel at de største utfordringene er knyttet til kapasitet, tilgang til personell med aktuell kompetanse, samhandling og informasjonsflyt. Dette var relevant også før 2017. En rapport av Helsetilsynet fra 2019

[3] Helsefellesskapene er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 som beskriver fire pasientgrupper som trenger særlig prioritet og oppmerksomhet i helsefellesskapene. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser en én av disse gruppene (Helse- og omsorgsdepartmentet, 2020).

sammenfatter funn fra to landsomfattende tilsyn med helsetjenester til personer med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblem i 2017-2018. Tilsynene påviste for eksempel alvorlige mangler i oppfølging av denne brukergruppen både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten allerede da samtykkebestemmelsen ble innført (Helsetilsynet, 2019). Som redegjort for i kapittel 2, er det samtidig utvalgets vurdering at dette er forhold som i noen grad ser ut til å samspille med hvordan samtykkevilkåret praktiseres og påvirker tjenestetilbudet.

### 9.6.1 Rammebetingelser for samtykkevurderinger ved kommunal legevakt er mangelfulle

Som vist i figur 9.4 kommer flertallet av tvangsinnleggelsene fra legevakt. Utvalget erfarer at vaktlegene ved kommunale legevakter har dårlige rammebetingelser, og ofte også lite kompetanse om og praktisk erfaring med å vurdere samtykkekompetanse hos pasienter som oppfattes å være i behov av innleggelse i psykisk helsevern. Det kan være travelt, legen har lite journalinformasjon tilgjengelig og pasienten kan være preget av rus. Samtykkekompetansebegrepet oppfattes dessuten å være vagt og komplekst og det som finnes av veiledning og støtte er primært rettet mot faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten. Av SME-evalueringen fra april 2023 fremgår det at FARV er lite kjent blant legevaktsleger og fastleger. Inntrykket bekreftes av spørreundersøkelsen til allmennleger presentert over og i innspill fra Norsk senter for distriktsmedisin. Dette innspillet fremhever at erfaringsbaserte tilbakemeldinger fra leger som arbeider i distrikt er at samtykke er vanskelig å vurdere og at det er vanskelig å sikre tilstrekkelig kunnskap om pasienten, spesielt i områder der legevakt-tjenesten er sentralisert og i områder med mye bruk av vikarer  Primærlegene opplever at de har fått begrenset opplæring i vurdering av samtykkekompetanse og at kompliserte vurderinger skal gjennomføres innenfor knappe frister og med begrenset tilgang til nødvendig informasjon om pasienten eller gode verktøy å støtte seg på. Samtidig står de i press mellom pasientens selvbestemmelsesrett og retten til behandling. Utvalget mener at en utvidelse av innholdet i kjernejournal kunne bidra til å lette noe på denne situasjonen for eksempel gjennom å gi informasjon om kriseplan i de tilfeller der dette foreligger. Se punkt 13.6.4.

### 9.6.2 Høyere terskel for innleggelse og bruk av tvang – må ta hånd om sykere pasienter

Kommunene opplever at terskelen for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har økt som følge av lovendringene i 2017, men også på grunn av nedbygging av antall døgnplasser og begrenset kapasitet for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. De erfarer at pasientene er sykere og mer forkomne før de får nødvendig helsehjelp, og noen blir også farlige(re). Sistnevnte gjelder særlig personer med alvorlig og til dels ubehandlet psykisk lidelse i kombinasjon med alvorlig rusmiddelavhengighet. I en artikkel av Løvgren og Wiig i 2022 formuleres dette slik (Løvgren et al., 2022):

> En for høy terskel for etablering av tvungent vern og en for lav kapasitet på døgnplasser kan føre til at pasienter må bli svært syke før de får adekvat behandling. Personer som ennå ikke har utført voldshandlinger, kan da utvikle så alvorlige symptomer at de utgjør en risiko for andre.

Kommunene opplever at de ikke har tilstrekkelige virkemidler for å komme i posisjon med nødvendige hjelpetiltak til disse pasientene, som ofte motsetter seg hjelp fra kommunehelsetjenesten. Ved samtykkevurdering i spørsmål om innleggelse erfarer kommunehelsetjenestene at det ofte ikke innhentes informasjon om hvordan pasienten

fungerer ute i nærmiljøet/boligen/familien. Dette medfører risiko for at pasienter feilaktig vurderes som samtykkekompetente.

Som beskrevet over og i kapittel 6, viser registerdata for perioden 2016–2022 en økning i antall nye henvisninger til tvungent vern etter lovendringene i 2017, samtidig som en økende andel ender med ikke-etablering. Flere kontakter også legevakt uten at de henvises videre for innleggelse, se figur 6.8. Dette understøtter kommunenes forståelse av at terskelen for etablering av tvungent vern i spesialisthelsetjenesten kan være noe forhøyet etter 2017. Det observeres også en nedgang i frivillige innleggelser, og dette gjelder både planlagt og akutt døgnaktivitet. Se omtale i punkt 8.2.

Selv om volumet av henvisninger ikke ser ut til å være redusert, tyder innspill utvalget har mottatt likevel på at primærlegenes henvisningspraksis også er påvirket og at samtykkevilkåret trolig er fortolket noe strengere enn det lovgiver la til grunn, se omtale i punkt 9.4.2. Dette kan ha hatt som konsekvens at pasienter ikke har blitt innlagt selv om de trengte det. Utvalget erfarer dessuten at samtykkevurderingen som gjøres både av henvisende lege og av vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten trolig kan være påvirket av tilgjengelig kapasitet i døgninstitusjonene, se punkt 8.3.3.

### 9.6.3 Korte opphold – Noen skrives ut for tidlig

Registerdata-analysene som er omtalt i kapittel 6 og 8 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, se omtale i kapittel 6.8.3. Kommunehelsetjenesten erfarer at pasientenes helsetilstand og evne til å klare seg i egen bolig i kommunen påvirkes negativt av mange inn- og utskrivinger.

Utvalget erfarer at flere aktører mener at pasienter meldes utskrivningsklare før de er stabilisert og knytter dette til gjenvunnet samtykkekompetanse, eventuelt til kapasitetsutfordringer på sykehuset. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten kan mene at det fortsatt er behov for videre behandling på spesialisthelsetjenestenivå, mens opplever at de ikke har innflytelse på beslutningen om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar. Dette følger også av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som i § 9 slår fast at det er lege/psykolog ved helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven som vurderer behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjon. Kommunenes erfaring er at bestemmelsen slik den er formulert gir spesialisthelsetjenesten en definisjonssuverenitet som ofte fører til at pasienten skrives ut før vedkomne er i stand til å fungere i egen bolig, men at kommunens vurdering ikke blir hensyntatt, jf. omtale i punkt 9.5. Kommunen har heller ikke hjemmel for å iverksette kontroll- og tvangstiltak i brukers eget hjem når hen er utskrevet, og de strever med å få etablert adekvate tilbud. Dette er omtalt i punkt 9.3.2. Resultatet kan bli at pasientene raskt blir sykere igjen.

Utvalget har ikke lyktes med å fremskaffe statistikk eller analyser som belyser sammenhengen mellom gjenvunnet samtykkekompetanse og tidspunkt for utskrivning. Basert på tilbakemeldinger og innspill fra tjenesten, vurderes det likevel som sannsynlig at korte døgnopphold og ikke-etablering av tvungent vern noen ganger handler om at pasienten er vurdert som samtykkekompetent, men takker nei til videre behandling. Analyser gjennomført

ved Akershus universitetssykehus, og som er omtalt i punkt 6.6.3, antyder likevel at dette antagelig ikke er den viktigste årsaken til at døgnbehandling oftest er kortvarig.

De registerdata-analysene som er gjennomført, gir ikke grunnlag for å konkludere med at behandlingstilbudet eller pasientforløpene er vesentlig endret fra 2016 til 2022 når dette studeres på aggregert nivå, jf. omtale i kapittel 6. Utvalget mener likevel at det er grunn til å være oppmerksom på at samtykkevilkåret eller praktiseringen av dette kan ha hatt uheldige effekter for enkeltpasienter, eller pasientgrupper. Pasienter med ROP-lidelser kan se ut til å være en pasientgruppe der det er behov for å vurdere målrettede tiltak. For denne gruppen viser registerdata for perioden 2016–2022 en bevegelse i retning kortere opphold, et økt antall ikke-etableringer og flere reinnleggelser. Disse pasientene representerer også en faglig utfordring idet deres eventuelle psykosesymptomer i noen grad kan misforstås som utelukkende rusrelatert også i tilfeller der det foreligger en primær psykoselidelse. Det er oftest nødvendig med noe lengre innleggelser for å utrede slike tilstander, og i en del tilfeller blir disse pasienter ikke engang henvist for døgninnleggelse ettersom det i primærhelsetjenesten antas at disse ikke fyller kriteriene for tvungent vern.

### 9.6.4 Bekymring for mangelfull oppfølging av TUD-pasienter

Etter lovendringene i 2017 skrives flere ut med TUD. Utviklingen er omtalt i kapittel 6 og presentert i figur 6.5 og 6.6. Generelt er varigheten av i døgnbehandling i psykisk helsevern kortere for TUD-pasienter (median = 21 døgn i 2022) enn for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold som ikke videreføres som TUD (median = 39 døgn i 2022). Dette fremgår av tabell 6.1. Fra pasientens perspektiv vil en utskrivning til TUD kunne oppleves som et godt alternativ til tvunget døgnopphold i psykisk helsevern. Utvalget er likevel bekymret for at økningen i TUD i noen grad handler om behovet for å fristille døgnplasser til sykere pasienter.

Pasienter som meldes utskrivningsklare med TUD før de er tilstrekkelig stabilisert, kan representere en sikkerhetsrisiko, og/eller de kan bli dårligere igjen raskt og må reinnlegges. Kommunen erfarer at en del blir «svingdørspasienter» fordi oppfølgingen utenfor institusjon ikke er tett nok, og/eller fordi de gjenvinner samtykkekompetansen etter en kort periode og frasier seg medisinene og den behandlingen de har behov for. Selv om dette kan gjelde for enkeltpasienter, gir ikke registerdata støtte for å hevde at reinnleggelsesraten har økt for den samlede gruppen av TUD-pasienter i perioden 2016–2022. I 2022 var én av fire pasienter som ble skrevet ut til TUD reinnlagt innen én måned, og andelen er redusert fra 2016. For pasienter med ROP-lidelse var andelen 31 prosent og litt høyere i 2022 enn i 2016. Det bemerkes likevel at siden antall pasienter underlagt TUD har blitt flere etter 2016, vil det likevel være en viss økning i volumet av reinnleggelser knyttet til denne pasientgruppa. Reinnleggelser er omtalt i punkt 6.8.2.

Rapporten fra KS synliggjør at utskriving til TUD i mange tilfeller forutsetter tett oppfølging i døgnbemannede botilbud i kommunen. En del pasienter med TUD trenger (kontroll)tiltak kommunen ikke har juridisk grunnlag for å iverksette. Ansvarsfordeling og rammer for oppfølging av pasienter underlagt TUD fremstår som noe uklar, og utvalget er kjent med at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan legge ulik forståelse til grunn og at dette kan være en kilde til konflikt om ansvar for oppfølging av pasienten. I verste fall kan dette føre til at pasienten «faller mellom stolene» og overlates til seg selv. Utvalget ser et tydelig behov for tettere og gjensidig forpliktende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for pasienter som overføres til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Utvalget er også kjent med at enkelte samhandlingsredskaper som oppnevning

av koordinator og opprettelse av Individuell Plan (IP) brukes lite, til tross for at begge er forskriftsfestet og har sterke føringer fra myndighetene. En analyse av tjenestetilbudet til pasienter i målgruppen for helsefellesskapene viste for eksempel at av de pasientene i psykisk helsevern som hadde en kjent schizofrenidiagnose, var det i 2019 bare 16 prosent som hadde individuell plan og bare 7 prosent hadde fått oppnevnt en koordinator (Helsedirektoratet, 2019a). Selv om det nok også trengs andre grep, mener utvalget at disse redskaper må anvendes mer, ikke minst for pasienter underlagt TUD. Dette må være et felles ansvar for kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### 9.6.5 Utskriving og oppfølging av pasienter med voldsrisiko praktiseres ulikt

Kommunene erfarer at voldsrisikovurderinger gjennomføres i varierende grad i forbindelse med innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og det hentes ofte ikke inn informasjon fra kommunen om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av voldsrisiko-vurderinger. Det varierer også om gjennomførte voldsrisikovurderinger deles med kommunen før utskrivning. Det kan føre til at det ikke iverksettes relevante risikoreduserende tiltak når pasienten utskrives til bolig i kommunen. Taushetsplikten, eller forståelsen av denne, ser i en del tilfeller ut til å være et hinder for å dele informasjon om voldsrisikovurderinger. Kommunene erfarer også regelmessig at alvorlig syke pasienter med kjent voldsrisiko blir vurdert som samtykkekompetente og ikke farlige nok til å holdes tilbake i psykisk helsevern med begrunnelse i farevilkåret. Dette er pasienter som kan representere en trussel mot familie, bo- og nærmiljø og ansatte som skal yte helse- og omsorgstjenester. Det kan derfor være vanskelig for kommunene å gi et forsvarlig tilbud til disse pasientene uten kontroll- og overvåkingstiltak som kommunen ikke har anledning til å iverksette i brukers hjem, jf. omtale i punkt 9.3. Selv om dette gjelder et fåtall av de brukerne kommunen har ansvar for, kan disse brukerne utfordre samfunnsvernet, eller ansattes sikkerhet, i betydelig grad. For ytterligere kommentarer om ansattes sikkerhet vises det til omtale av dette i kapittel 8.

### 9.6.6 Pasienter med ROP-lidelser kan få «svingdørsforløp»

Kommunen har et betydelig ansvar for bo- og tjenestetilbud til mennesker med ROP-lidelser. Som omtalt over fremgår det av de kartlegginger som er gjort gjennom brukerplan at prevalensen er beregnet til om lag 7 per 1 000 voksne innbyggere for tjenestemottakere med rusproblematikk. 90 prosent av disse har også moderate eller alvorlige psykiske lidelser ifølge kartleggingen for 2019. Dette er den brukergruppen det er mest utfordrende for kommunen å «ramme inn» med faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Ved rusutløst psykose erfarer kommune ofte at pasientene innlegges etter phvl. § 3-2, men gjenvinner samtykkekompetansen raskt når de er avruset og skriver seg ut, for så å bli reinnlagt etter kort tid med nytt psykotisk gjennombrudd. Inntrykket er i overensstemmelse med rapportert diagnoseprofil for innleggelser til tvungen observasjon, og også for ikke-etableringer. Registerdata-analysene som presenteres i kapittel 6 viser at for ikke-etableringer og tvungen observasjon ble rus angitt som hoved- eller tilleggsdiagnose for 40 prosent av oppholdene. Reinnleggelsesandelen er også høyere for denne pasientgruppen, og pasienter med rus som tilleggsproblematikk har gjennomgående flere tvangs- og akuttinnleggelser enn øvrige pasienter. Gjennomgangen i kapittel 6 viser at dette inntrykket er forsterket etter 2017, men at det gjelder også før lovendringene.

Helsetjenesten erfarer at slike «svingdørsforløp» kan føre til forverring av pasientens tilstand, og ytterligere utfordringer for kommunen som skal gi brukeren adekvate bolig- og

tjenestetilbud. I en presentasjon for Samtykkeutvalget formulerte leder av Nasjonal kompetansetjeneste ROP (NKROP), Bjørn Stensrud, følgende hypotese om dette:

> Samtykkekompetansevurderingen som ble innført i 2017 har sannsynligvis bidratt til flere kortere innleggelser fordi mange av disse pasientene får en rusutløst psykose som går tilbake når pasienten gjennom innleggelse ikke lenger har mulighet til å ruse seg. Pasienten gjenvinner samtykkekompetanse og velger å skrive seg ut. En problemstilling er da at hjelpeapparatet ikke har tid til å gjøre en grundigere vurdering sammen med pasienten for å undersøke om det ligger andre og mer alvorlige psykiske helseproblemer til grunn.

Så lenge pasienten ikke er tilstrekkelig utredet for mulig underliggende psykisk lidelse, og heller ikke ønsker hjelp fra kommunehelsetjenesten vil det også være vanskelig for kommunen å gi adekvat hjelp.

### 9.6.7 Mangelfull samhandling og koordinering av helsetjenester

Utvalget mener at samarbeid og koordinering av tjenester mellom fastlege, psykiatriske poliklinikker, psykisk helsetjenester i kommunen, NAV og flere andre aktører i mange tilfeller er mangelfullt. En kvalitativ studie fra 2020 av Løvsletten mfl. ser nærmere på ulike forhold rundt pasienter underlagt TUD, blant annet kvaliteten til samarbeidet (Løvsletten et al., 2020). Studien finner at samarbeidet mellom DPS og kommunalt ansatte lider under manglende ansvarsavklaringer. Blant funnene i studien er også at innføringen av samtykkevilkåret bidro til å gjøre vurderinger av TUD mer utfordrende fordi kompetansen kunne veksle hos personer med psykotiske symptomer. Selv om innføringen av samtykkevilkåret styrket pasientens rettigheter, økte den også risikoen for at pasienter ikke fikk adekvat helsehjelp. Utvalget mener at manglende samhandling og koordinering av tjenester også har konsekvenser for vurderingen av samtykkekompetanse og de øvrige vilkårene for tvungent vern ved at viktig informasjon ikke når frem til vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten.

### 9.6.8 Individuell plan når pasienten ikke kan samtykke

Det følger av psykisk helsevernloven § 4-1 første ledd at institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal utarbeide planen i samarbeid med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten. Etter phvl. § 4-1 andre ledd skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres dersom personen har behov for tilbud både fra det psykiske helsevernet og kommunehelsetjenesten. Kravene til individuell plan er nærmere presisert i forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester, som trådte i kraft 1. august 2022. Dersom personen har behov for langvarige og koordinerte kommunale tjenester etter helse- og omsorgstjenesten (hol.), skal kommunen tilby en koordinator, jf. hol. § 7-2.

Utgangspunktet er at personen selv skal samtykke til en individuell plan, jf. forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester § 5. Videre følger det av forskriften § 9 tredje ledd bokstav i at planen blant annet skal inneholde «tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger». Vedkommende har også rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og at det skal legges til rette for dette, jf. forskriften § 16. Videre er det bestemt at pårørende skal trekkes inn i arbeidet med en individuell plan i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Samtykke til utarbeidelse av en individuell plan kan også gis av «den som har rett til å samtykke på vegne av tjenestemottakeren», jf. forskriftens § 5. I likhet med Tvangslovutvalget, mener utvalget at dersom personen mangler beslutningskompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pbrl. § 3-1 (NOU 2019: 14, punkt 5.5.13.1). Utvalget finner det derimot uklart hva rettstilstanden er dersom en person uten beslutningskompetanse motsetter seg utarbeidelse av en individuell plan. Utvalget mener det er av stor betydning at brukeren selv ønsker og medvirker ved utarbeidelse av en individuell plan. Dersom brukeren ikke ønsker en slik plan, kan man likevel dokumentere tiltak som skal iverksettes, avtaler som inngås og ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for de ulike tiltakene på annen måte enn ved bruk av en individuell plan. Utvalget mener at utarbeidelsen av pasientens individuelle plan bør ses i sammenheng med vedkommendes kriseplan og eventuelle risikohåndteringsplan, som spiller en særlig viktig rolle ved tvang. En risikohåndteringsplan kan utarbeides uavhengig av pasientens motstand, og bør integreres i pasientens individuelle plan dersom pasienten har et forhøyet voldspotensial.

Utvalget ser behov for å presisere den eksisterende retten nærmeste pårørende har til å medvirke til utarbeidelsen av en individuell plan dersom pasienten mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Utvalget mener at dette kan bidra til å bedre samarbeid og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten, særlig for pasienter som er underlagt TUD. Etter utvalgets syn, er det av stor betydning at brukeren selv ønsker og medvirker ved utarbeidelse av en individuell plan. Dersom bruker ikke ønsker en slik plan, kan man likevel dokumentere tiltak som skal iverksettes, avtaler som inngås og ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for de ulike tiltakene på annen måte enn ved bruk av en individuell plan, for eksempel ved bruk av mestringsplan risikohåndteringsplan eller individuelle samhandlingsavtaler.

### 9.6.9 Ivaretakelse av pårørende

Kommunene skal, i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, tilby nødvendig pårørendestøtte i form av bant annet opplæring og veiledning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Utvalget er kjent med at belastning for pårørende til psykisk syke har økt de siste årene som følge av en utvikling som innebærer at flere med omfattende psykiske helseutfordringer bor og får behandling og oppfølging i kommunen, framfor i psykisk helsevern. Se også kapittel 10. Kommunenes ansvar for å gi opplæring og veiledning til pårørende til alvorlig psykisk syke er fulgt opp bl.a. gjennom samarbeid med pårørendesenter der dette er etablert, men det er behov for en styrking av denne tjenesten i kommunene, og bedre samhandling også med pårørende for å tilrettelegge for sammenhengende og koordinerte tjenester og forebygge bruk av tvang. I denne sammenhengen er det avgjørende at pårørende involveres ved utarbeidelse av individuell plan, mestrings- og/eller kriseplaner med mindre brukeren motsetter seg dette.

### 9.6.10 Taushetsplikten kan forhindre samhandling: "Mange vet noe, men ingen vet alt"

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom) publiserte i 2023 en rapport om helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Rapporten peker på at taushetspliktbestemmelsene kan føre til at alvorlig psykisk syke personer med forhøyet voldsrisiko som ikke ønsker hjelp, går under radaren. Pårørende, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og politi kan alle sitte med viktig informasjon om en person, som ikke

er kjent for de øvrige. For kommunen betyr det at man i en del tilfeller mangler kritisk viktig informasjon for å følge opp denne pasientgruppen på en hensiktsmessig måte. Det kan også innebære at informasjon fra kommunehelsetjenesten ikke er kjent eller blir vektlagt i forbindelse med voldsrisikovurderinger i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonells taushetsplikt er i utgangspunktet svært streng. Manglende samhandling kan skyldes reelle begrensninger i lovverket, men det kan også skyldes at helsepersonell tolker taushetsplikt-bestemmelsene strengere enn det reglene gir grunnlag for. Uansett årsak kan konsekvensen bli at personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko ikke får nødvendig og riktig hjelp. Ukom oppsummerer dette i en anbefaling om at behandlere må legge til grunn all tilgjengelig informasjon fra pårørende og andre når de fatter sine beslutninger. Dette for å sikre et godt beslutningsgrunnlag for vurderinger om helsehjelp. De mener også at det er behov for å klargjøre og tydeliggjøre bestemmelsene i taushetsplikten og plikten til å innhente og dele nødvendig informasjon. Utvalget stiller seg bak denne anbefalingen.

## 9.7 Hvordan kan de kommunale helsetjenestene bidra og styrkes i forebygging av tvang

Som nevnt i punkt 9.2 er de kommunale tjenestene innen rus- og psykisk helsefeltet bygget kraftig opp i løpet av de senere årene. Den største veksten har vært innen bemannede boliger, men det har også vært en betydelig oppbygging av de ambulante tjenestene. Dette har skjedd i form av «rene» kommunale oppfølgingstjenester, men også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i FACT-team eller tilsvarende.  For mange pasienter med psykisk lidelse og vansker har oppbygging av det kommunale tjenestetilbudet ført til at de kan bo i egen bolig i kommunen, med oppfølging og hjelp basert på frivillighet. Dette har vært og er et viktig tiltak for å forebygge tvangsbruk og sikre god livskvalitet til personer med psykiske lidelser og vansker.

Parallelt med oppbyggingen av de kommunale tjenestene har imidlertid døgnkapasiteten i psykisk helsevern blitt betydelig redusert, herunder også såkalte brukerstyrte senger. Utvalgets forståelse er at det i spesialisthelsetjenesten ikke har vært en tilsvarende kapasitetsøkning i FACT eller andre oppsøkende tjenester rettet mot alvorlig psykisk syke brukere i kommunene. Dette har i praksis gitt en oppgaveglidning fra spesialist- til kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av de sykeste pasientene, og har bidratt til at pasientgruppen i større grad er fulgt opp av helsepersonell uten spesialisert kompetanse og med manglende virkemidler for å sikre pasientene et stabilt og forsvarlig bolig- og oppfølgingstilbud. Utfordringsbildet knytter seg primært til brukere med alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med rusproblematikk, såkalte ROP-brukere. En del av disse har også et kjent voldspotensial. Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern fra 2019 har bidratt til å forsterke utfordringsbildet ved at pasienter i denne gruppen ofte meldes utskrivningsklare før de etter kommunens vurdering er stabilisert, og før de kommunale tjenestene er klare til å ta imot dem. I tillegg er det en utfordring at mange i denne pasientgruppen gjenvinner samtykkekompetansen raskt etter en akuttinnleggelse og derfor kan skriver seg ut, noen ganger uten at farevilkåret er tilstrekkelig utredet.

Kommunene har ulike forutsetninger mht. geografi, demografi og kompetanse for å tilrettelegge nødvendige og forsvarlige tjenester for den aktuelle brukergruppen, men det finnes eksempler på at det er mulig å få dette til, også innenfor rammene av samtykkevilkåret. Psykologforeningen nevner i sitt innspill til utvalget spesielt Porsgrunn kommune som et eksempel på at kunnskap om god tjenesteutvikling omsatt i praksis muliggjør nettopp dette:

> 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 tvangsinnleggelser, jobbe systematisk med kriseplan, tilby krise/korttidsopphold i døgnenheter, 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.

Utvalget vil i forlengelsen av dette peke på noen tiltak rettet mot det kommunale nivået som, når de fungerer, trolig vil kunne bidra til å forebygge tvangsbruk og ivareta medbestemmelse overfor de sykeste pasientene.

### Samhandling og koordinering av tjenestene på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten

I punkt 9.6.4 er manglende samarbeid og koordinering av tjenester knyttet til pasienter som skrives ut med TUD omtalt. Det samme vil gjelde mange pasienter som skrives ut fra tvungent vern, uten oppfølging i form av TUD. Kommunen har ansvar for å tilby disse pasientene en fast koordinator. Det skal også, dersom pasienten samtykker, utarbeides en individuell plan som følges opp gjennom en ansvarsgruppe der både kommune- og spesialisthelsetjenesten er representert sammen med bruker og pårørende. Der hvor disse strukturene er på plass og fungerer, vil muligheten for å forebygge nye tvangsinnleggelser trolig være langt bedre enn i de tilfellene der pasienten i stor grad overlates til seg selv etter utskriving.

### Mestrings- og kriseplaner

ROP-brukere har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester. De vil ofte trenge kommunale tjenester i et livsløpsperspektiv, og vil i perioder også ha behov for innleggelse i psykisk helsevern eller TSB. Målsettingen må være at disse innleggelsene i så stor grad som mulig skjer uten bruk av tvang. Utvalgets vurdering er at gode mestrings- eller kriseplaner som er utarbeidet i samarbeid mellom bruker, pårørende og kommune- og spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til dette. Tydelige retningslinjer, kompetanseoppbygging på tvers av tjenestenivåene og systematisk samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for å sikre at det utarbeides mestrings- og kriseplaner, vil etter utvalgets vurdering ha betydning for å redusere bruken av tvang overfor denne gruppen.

### ACT/FACT-team eller tilsvarende ambulante oppfølgingstjenester

I mange kommuner og regioner er det opprettet ACT- og FACT-team de senere årene, dels i samarbeid med kommunen, dels som «rene» spesialisthelsetjenesteteam. Utvalget mener at det på sikt bør opprettes slike team i alle kommuner der det er geografisk grunnlag for det. Utvalget mener at teamene primært bør etableres som et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og at de bør ha et helhetlig ansvar for tjenester til brukeren både i intensive og stabile faser, herunder også for tjenester som jobbmestrende oppfølging og trening i livsmestring. Teamene vil gjennom sin oppfølging kunne bidra til å forebygge tvangsinnleggelser, ved at endringer i brukers tilstand kan fanges opp på et tidlig tidspunkt. For å lykkes med dette er det imidlertid viktig at veien til akutt-tjenester som brukerstyrte senger er kortest mulig, at FACT-teamet er tilgjengelig også på kveld og i helg og at brukerens kriseplan er tilgjengelig for akutt-tjenestene, for eksempel hos legevakten.

### Forsterkede kommunale boliger

For noen alvorlig psykisk syke pasienter med forhøyet voldsrisiko vurderer utvalget at det er behov for å utrede nye boligløsninger med heldøgns bemanning, organisert som halvannenlinjetjenester der både kommune- og spesialisthelsetjenesten bidrar inn med ressurser, kompetanse og faglige og juridiske virkemidler. Se punkt 11.9 og 13.5.6 for nærmere omtale og anbefaling. Utvalget vurdere at denne typen boliger vil kunne bidra til å redusere behovet for tvangsinnleggelser i psykisk helsevern og at det også vil bidra til bedre ivaretagelse av pasientens rett til helsehjelp.

### Klare retningslinjer for samarbeid ved TUD

Det er utviklet flere nasjonale pasientforløp for mennesker med psykiske lidelser. Disse er relativt omfattende, men ingen av dem er spesielt utviklet for å ivareta pasienter som skrives ut til TUD. Ansvar og oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er noe uklar når det gjelder disse pasientene. For å sikre en nødvendig og forsvarlig oppfølging og for å unngå nye tvangsinnleggelser, mener utvalget at det kan være en løsning å utarbeide en nasjonal prosedyre eller retningslinje for pasienter som skrives ut på TUD, der også samhandling og ansvarsfordeling mellom kommuner og sykehus tydeliggjøres. Denne bør innarbeides i eksisterende pasientforløp.

## 9.8 Utvalgets vurderinger

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 «svingdørsproblematikk» 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. Mye tyder også på at samtykkevilkåret, spesielt de første årene etter lovendringene, ble praktisert strengere enn det lovgiver la til grunn.

Utvalget vurderer at implementeringen av lovendringene i 2017 har vært særlig mangelfull i kommunehelsetjenesten. Manglende opplæring og veiledning i krevende kompetansevurderinger har trolig fått betydning for praktiseringen av samtykkevilkåret. Utvalget erfarer at henvisende leger i kommunehelsetjenesten har begrenset kjennskap til lovendringene og kompetansevurderinger. Mangel på tid og mengdetrening i kompetansevurderinger er også en tilbakevendende utfordring for legene i kommunehelsetjenesten. Dette kan ha bidratt til at pasienter som mangler samtykkekompetanse blir henvist som om var kompetente, eller at de har fått mulighet til å unndra seg nødvendig helsehjelp. Det kan også ha ført til at kompetente pasienter blir utsatt for mer tvang enn de burde eller at pasienter som oppfylte farevilkåret likevel ikke ble henvist fordi de ble vurdert som kompetente.

Legevaktleger, som er de som oftest henviser til tvungent psykisk helsevern, skal gjennomføre samtykkevurderinger i en akuttsituasjon. De har begrenset kompetanse og «mengdetrening» til å gjennomføre slike vurderinger. Utvalget foreslår tiltak for å styrke kompetansen og utvikle et tilpasset verktøy for å gjennomføre samtykkekompetansevurderinger i legevakt og hos fastleger (se punkt 13.4.3).

Spesialisthelsetjenesten har, på grunn av kort tidsfrist (24 timer), begrenset mulighet for å innhente komparentopplysninger fra kommunehelsetjenesten i forbindelse med vurdering av

samtykkekompetanse. Dette kan føre til at vurderingene i noen tilfeller blir gjort på et for svakt grunnlag. Utvalget anbefaler tiltak som presiserer plikten til å vurdere behov for å innhente opplysninger fra blant annet kommunehelsetjenesten hvor det er nødvendig for å gjøre en forsvarlig vurdering (se punkt 13.4.8)

Ivaretagelse av personer med psykiske lidelser, rusutfordringer og en vurdert sikkerhetsrisiko er krevende innenfor en kommunal ramme, og kan også utfordre samfunnsvernet i betydelig grad. Voldsrisikovurderinger gjennomføres i varierende grad i forbindelse med døgnbehandling, og det innhentes ikke alltid relevante komparentopplysninger fra kommunehelsetjenesten i forbindelse med slike vurderinger. Utvalget foreslår tiltak for å sikre at opplysninger fra kommunehelsetjenesten innhentes dersom pasienten har tjenester der, og for å tilrettelegge for at voldsrisikovurderinger deles med kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning (se punkt 13.5.4 og 13.5.5).

Utvalget erfarer at det regelmessig oppstår uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om hvorvidt en alvorlig psykisk syk pasient med forhøyet voldspotensial og eventuelt samtidige rusproblemer er utskrivningsklar. Kommunen har, iht. forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter, ingen formell innflytelse på slike beslutninger. Utvalget er bekymret for at det kan føre til at alvorlig syke pasienter ikke får nødvendig helsehjelp, og at samfunnsvernet i ytterste konsekvens trues. Utvalget anbefaler at det utredes hvordan samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan forbedres gjennom endringer i finansieringsordninger og forpliktende avtaler knyttet til individuelle pasientforløp. Utvalget mener også at det er viktig at lovpålagte samarbeidsavtaler (jf. hol. § 6), eksisterende veiledere og andre definerte rammeverk for samarbeid tas i bruk. Både de nasjonale pasientforløpene og en rekke retningslinjer og veiledere omtaler dette, blant annet nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2017b) og se flere tiltak i punkt 13.6.

For noen alvorlig psykisk syke pasienter med forhøyet voldspotensial vurderer utvalget at det er behov for å utrede nye boligløsninger med heldøgns bemanning, organisert som halvannenlinjetjenester der både kommune- og spesialisthelsetjenesten bidrar inn med ressurser, kompetanse og faglige og juridiske virkemidler (se punkt 13.5.6).

Antall pasienter som skrives ut med TUD har økt siden 2017. Utvalget erfarer at ansvar- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er uklar når det gjelder denne pasientgruppen. Utvalget anbefaler at ansvarsfordelingen klargjøres bedre, og at det utarbeides en egen retningslinje eller en nasjonal prosedyre for ivaretagelse for denne gruppen der oppnevning av koordinator og utarbeiding av individuell plan eller annen forpliktende samhandlings- og oppfølgingsplan også forankres. Se punkt 13.6.5. Pårørende må involveres i arbeidet med individuell plan eller andre planer. Kommunehelsetjenesten har et spesielt ansvar for å sikre at pårørende får den oppfølgingen og veiledningen de har behov for når pasienten skrives ut til kommunen.

Utvalget mener at prioritering av ressurser og kompetansedisponering i helsetjenesten i større grad bør rettes inn mot de sykeste pasientene. Utvalget vurderer at tilstrekkelige ressurser og adekvat bruk av disse med differensiering mellom blant annet ulike nivå, kompetanse og profesjoner er forutsetninger for ivaretakelse av personer med alvorlig psykisk lidelse i helsetjenesten. Utvalget ser med bekymring på utviklingen over år med en oppgaveglidning fra spesialist- til kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av de sykeste pasientene, men uten en tilstrekkelig satsning på FACT og lignende oppsøkende tjenester rettet mot alvorlig psykisk syke brukere i kommunen. Å bygge opp velfungerende og kompetente tjenester lokalt tar tid,

og selv om de kommunale tjenestene er styrket vesentlig siste ti-årsperiode, mener utvalget å se at tjenesten bærer preg av at oppgavene er flyttet før nødvendig kompetanse, rammeverk og finansiering av lokalbaserte tjenester er tilstrekkelig etablert.

Utvalget forstår det slik at det fortsatt ligger et stort potensial for bedre tjenester i styrket samhandlingen mellom de ulike delene av helsetjenesten. For brukere og pasienter med vedvarende alvorlige psykiske lidelser er dette spesielt viktig slik at parallelle eller sekvensielle tilbud unngås, med de konsekvenser det kan ha for pasientens helsesituasjon og for de som står rundt pasienten.

# 10 Hva har lovendringene betydd for pårørende?


Oppsummering

- Manglende pårørendeinvolvering i helsetjenesten er ikke noe nytt, men pårørende opplever å ha fått økt belastning og mer ansvar for pasienter med alvorlig psykisk lidelse de siste årene. Dette kan ha ulike årsaker. Samtykkevilkåret kan være en del av forklaringen, men det kan også være et resultat av en langsiktig tjenesteutvikling med forhøyet terskel for døgnbehandling i psykisk helsevern sammen med for liten oppmerksomhet på ivaretagelse av pårørende.

- For pasienter som mangler samtykkekompetanse har pårørende en viktig rolle for å ivareta pasientens interesser, og nærmeste pårørendes rett til informasjon er i disse situasjonene likestilt med pasientens rett til informasjon.

- Utvalget finner ikke at lovendringene i 2017 har ført til økt pårørendeinvolvering, og pårørendes rettigheter for pasienter som mangler samtykkekompetanse er for dårlig kjent i helsetjenesten. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for pasientens rettssikkerhet.

- Et fragmentert og vanskelig praktiserbart lovverk, særlig knyttet til taushetspliktens grenser, har trolig bidratt til manglende pårørendeinvolveringen og til at pårørendes selvstendige rettigheter ikke er ivaretatt, spesielt når pasienten mangler samtykkekompetanse.

- Pårørende kan vurdere pasientens samtykkekompetanse, voldsrisiko eller fare for selvmord forskjellig fra helsepersonell. De kan legge andre kriterier til grunn og de kan sitte med informasjon som helsepersonell ikke kjenner til. Samtidig involveres pårørende i for liten grad i samtykke- og voldsrisikovurderinger.


## 10.1 Innledning

Alvorlig eller kronisk sykdom rammer ikke bare den som er syk, men også den sykes nærmeste pårørende; partner, barn, foreldre og søsken. Pårørende er ofte en viktig del av dagliglivet til den sykdommen rammer, og i de fleste situasjoner vil pårørende ha sterk motivasjon for å skape gode rammer for ivaretakelse av sin kjære.

Pårørende kan ha ulike roller, og de vil ofte ha flere roller samtidig. I tillegg til å være en sentral støttespiller for pasienten, utøver mange pårørende betydelige omsorgsoppgaver for sine nærmeste. De kan også være en kilde til kunnskap, eller de kan ha ansvar for å representere pasientens interesser. For pasienter som mangler samtykkekompetanse, handler involvering av pårørende dessuten om å ivareta pasientens rettssikkerhet. Det kan oppleves som meningsfullt og viktig å hjelpe, men det å være pårørende kan også føre med seg bekymringer, uforutsigbarhet, isolasjon, stress og dilemmaer. Noen pårørende kan også oppleve at deres kjære, som en konsekvens av sin sykdom, utsetter seg selv eller andre for fare.

Pårørende som ressurs i omsorgsoppgaver og pasientbehandling er i økende grad vektlagt i helsepolitikken, sist i Helsepersonellkommisjonens vurderinger der pårørende løftes frem som

en nødvendig ressurs i fremtidens helsetjenester (NOU 2023: 4, 2023). Utvalgets vurdering er at godt pårørendesamarbeid som bidrar til å fremme god helse og gode tilbud for pårørende i krevende omsorgssituasjoner er viktig for at pårørende skal kunne fylle en slik rolle.

## 10.2 Å være pårørende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Utvalget mener at pårørende til alvorlig psykisk syke er en pårørendegruppe som kan ha et særlig behov for veiledning, avlastning og støtte. Det er kjent at psykiske helseproblemer har stor innvirkning på familiemedlemmers helse og daglige liv. Mange pårørende strever med å finne en god balanse mellom eget liv og den sykes behov, samt å trekke grenser for sitt omsorgsansvar. Ved psykisk sykdom kan pårørende dessuten oppleve stigmatiserende holdninger fra omgivelsene eller møte utfordringer knyttet til endringer i personlighet, vurderingsevne og atferd hos den som er syk. Dette fremgår av ressursheftet som er utarbeidet og utgitt av Senter for medisinsk etikk og som en del av prosjektet «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang» (PET-prosjektet) (Norvoll et al., 2017b).

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen som Opinion gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2020/2021 konkluderer med at pårørende til personer med psykisk sykdom opplever tjenestene som mindre samordnet enn pårørende til andre grupper. Undersøkelsen viser også at nettopp denne pårørendegruppen bruker mer tid på å finne ut av hjelpetilbudet, og de opplever i mindre grad enn andre å få medvirke i utformingen av tjenestene. Også i dybdeintervju gir disse pårørende uttrykk for en særlig utmattende livssituasjon. Samtidig beskriver de at hjelp til innsikt og bearbeidelse i nettverk med pårørende i samme situasjon som dem selv, bidrar til bedre livskvalitet. Undersøkelsen identifiserer at pårørende til pasienter med samtidig psykisk- og ruslidelse (ROP-pasienter) opplever et særlig krevende ansvar. På samme måte som helsetjenesten (jfr. omtale i kap. 9), opplever pårørende at det kan være vanskelig å nå frem med hjelp og støtte til denne gruppen. De svarer også i større grad enn pårørende til andre grupper at pårørenderollen går utover egen helse, økonomi, sosialt nettverk og familierelasjoner (Helsedirektoratet, 2021b).

Frem til 2007 hadde nærmeste pårørende anledning til å være «innleggelsesbegjærer» (tutor) ved tvangsinnleggelser. Da hadde pårørende også rett på relevant informasjon. Bestemmelsen ble avviklet blant annet for å avlaste pårørende. Dette har vært positivt for pårørende som har følt seg presset av syke som ikke vil legges inn, mens andre pårørende kan ha følt at de mistet en kanal inn til helsevesenet. Pårørende kan fortsatt initiere tvungen innleggelse for å sikre adekvat behandling for sin kjære. Noen ganger vil det også være nødvendig for å forhindre alvorlige hendelser.

PET-prosjektet viste at bruk av tvang kan føre til krevende familierelasjoner fordi pasienten kan føle seg avvist eller sviktet av sine nærmeste. Pårørende opplever gjerne tvang som et vanskelig valg med blandede følelser av lettelse og skyld. For pårørende til psykisk syke med forhøyet voldsrisiko, kan spørsmålet om varsel til offentlige myndigheter komme i konflikt med bekymring for konsekvenser en slik kontakt kan ha for pasienten.

For psykisk syke som i perioder eller over tid unndrar seg behandling eller som er så syke at det er risiko for valg eller handlinger med mulig alvorlige konsekvenser, er det utvalgets vurdering at tett kontakt med pårørende kan spille en avgjørende rolle i ivaretakelse av helse og sikkerhet, både for den som er syk, for pårørende og for samfunnet ellers. Pårørende kjenner pasienten godt og sitter ofte med kunnskap som bør vektlegges i utredning og behandling. De har ofte tettere kontakt med pasienten enn helsepersonell og dermed en bedre forutsetning for å fange opp tidlige tegn på sykdomsutvikling. Betydningen av godt pårørendesamarbeid er

derfor ytterligere aktualisert med samtykkebestemmelsen, som begrenser helsepersonells anledning til å følge opp pasienter som ikke ønsker videre behandling.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) synliggjør i sin evaluering av Kongsberg-drapene at manglende involvering av pårørende og andre instanser noen ganger kan ha fatale konsekvenser (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Ifølge rapporten hadde både pårørende og politiet viktige opplysninger om mannen som drepte fem personer på Kongsberg i 2021. Informasjonen var ikke kjent for helsetjenesten. Det slås fast at tjenestene ikke samarbeidet tilstrekkelig, at de ikke innhentet viktig informasjon fra foreldrene og at de ikke delte nødvendig informasjon med hverandre og pårørende. Mannen var på gjerningstidspunktet overlatt til seg selv og gikk under radaren for dem som kunne ha hjulpet han.

## 10.3 Status for pårørendearbeid i helsetjenesten

Allerede før lovendringene i 2017, var det kjent at anbefalt praksis for pårørendesamarbeid i varierende grad var tatt i bruk og at det grunnleggende familiesamarbeidet var mangelfullt Dette på tross av at studier viser at involvering av pårørende har en positiv effekt på behandlingen, kan redusere risiko for tilbakefall og kan bedre pårørendes egen helse. PET-prosjektet viste blant annet at mange pårørende i årene før lovendringene opplevde seg for lite inkludert og involvert av de psykiske helsetjenestene og at helsepersonell kunne bruke taushetsplikten som begrunnelse for manglende involvering. Det fortelles også om manglende eller variert kvalitet på informasjon, støtte og hjelp til familien og at ansvaret for pårørendeinvolvering ikke er nedfelt i prosedyrer, men overlatt til den enkelte helsearbeiders initiativ og kompetanse. Mangelfullt pårørendearbeid beskrives også i en artikkel av Førde mfl. fra 2016 (Førde et al., 2016).

Da formålet med lovendringene fra 2017 blant annet var å styrke retten til å ta valg som angår egen psykiske helse, var det både forventet og ønsket at terskelen for innleggelse og behandling under tvungent vern skulle heves og at tvangsforløpene skulle kortes ned. Utvalgets vurdering er at det uten avhjelpende tiltak, må forventes at enhver årsak til økt terskel for helsehjelp også vil øke pårørendes omsorgsbelastning. I lys av det man vet om det omsorgsansvar pårørende til alvorlig psykisk syke står i, var derfor økt belastning for pårørende en forventet sideeffekt av styrket autonomi og selvbestemmelse for pasientene. Utvalget er ikke kjent med konkrete tiltak som ble iverksatt for å støtte pårørende i forbindelse med lovendringene.

Nyere studier fra Senter for medisinsk etikk tyder heller ikke på økt søkelys på familieinvolvering og pårørendestøtte etter 2017. I en artikkel fra 2021 fra prosjektet «Bedre pårørendesamarbeid» (Institutt for helse og samfunn, 2023), dokumenterer Hestmark mfl. mangelfullt pårørendesamarbeid for pasienter med psykoselidelser som følges opp av distriktspsykiatriske senter (DPS) (Hestmark et al., 2021). Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølgning av personer med psykoselidelser slår fast at familiesamarbeid har dokumentert effekt i behandling av pasienter med psykose og at involvering av pårørende er en viktig del av tilbudet for denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2012). Den overnevnte studien viser likevel at mindre enn fem prosent av pasientene i studiepopulasjonen får psykoedukativt familiesamarbeid som en del av behandlingen. Registerdata gir ikke grunn til å tro at dette er bedre andre steder. Helsedirektoratet oppgir på forespørsel fra utvalget at prosedyrekoder for familieinvolvering og pårørendekontakt bare gjelder et mindretall av pasientene der psykoselidelse er angitt som hoveddiagnose i rapporterte data for 2022.

## 10.4 Rettslige rammer for involvering av pårørende i helsetjenesten

Nærmeste pårørende har en rekke lovfestede rettigheter som helsetjenesten og helsepersonell plikter å oppfylle. Pårørende kan også være en garantist for pasientens rettssikkerhet, og jo sykere pasienten er, desto viktigere er det at pårørende involveres. I utgangspunktet er nærmeste pårørende den pasienten selv oppgir, med visse unntak. Pårørende og pasientens interesser vil som regel være sammenfallende i møte med helsetjenesten, men i noen situasjoner ønsker ikke pasienten at pårørende skal involveres, eller interessene kan være forskjellige. I slike tilfeller vil taushetspliktens bestemmelser som hovedregel begrense pårørendes rett til informasjon, jfr. hpl. § 21. Likevel kan helsetjenesten lytte til det pårørende ønsker å fortelle. Gjeldende regelverk skal både ivareta hensynet til pasienten og til de pårørende.

Helsetjenesten har en generell veiledningsplikt overfor pårørende. Veiledningsplikten innebærer at pårørende som henvender seg skal få generell informasjon om rettigheter, vanlig praksis på området, saksbehandling, mulighet for opplæring og vanlig informasjon om aktuelle lidelser.

Pårørendes rettigheter er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven samt ved viktige klagerettigheter i psykisk helsevernloven. Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder alle deler av helsetjenesten, og omhandler også pårørendes rettigheter når pasienten mangler samtykkekompetanse. Psykisk helsevernloven med tilhørende forskrift har supplerende regler om pårørendes rettigheter når pasienten er underlagt tvungent vern. Utover dette er involvering av pårørende omtalt i nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) og utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). Både rettigheter, plikter og anbefalinger om god praksis er utførlig beskrevet i nasjonal veileder for pårørendearbeid (Helsedirektoratet, 2017a), Helsedirektoratets informasjonshefte til helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak måltilpasset informasjon om pårørendes rettigheter (Helsedirektoratet, 2018b).

### 10.4.1 Hvem er nærmeste pårørende?

Nærmeste pårørende er i utgangspunktet den pasienten selv oppgir, jf. pbrl. § 1-3 bokstav b. Dersom pasienten ikke er i stand til å oppgi nærmeste pårørende, skal dette være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Dersom pasienten ikke vil eller er ute av stand til å oppgi pårørende, skal den som er ansvarlig for helsehjelpen ta standpunkt til hvem dette er. Helsepersonell må gjøre en konkret vurdering i det enkelte tilfelle av hvem pasienten sannsynligvis ville ha utpekt. Ved tvungent vern vil den som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten ha rettigheter som nærmeste pårørende uavhengig av hvem pasienten selv har oppgitt, med mindre særlig grunnet taler imot. Noen ganger velger pasienten som sin nærmeste pårørende en annen enn den hen i størst utstrekning har hatt løpende og varig kontakt med. Ved tvungent vern vil både den pasienten utpeker og den pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, ha tilsvarende rettigheter som nærmeste pårørende.

### 10.4.2 Helsetjenestens underretningsplikt og pårørendes uttalelses- og klagerett ved bruk av tvang

Bruk av tvang i psykisk helsevern gir nærmeste pårørende noen særlige rettigheter etter psykisk helsevernloven med tilhørende forskrift, i tillegg til de rettigheter som følger av pasient-

og brukerrettighetsloven. Nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand og fungering med og uten behandling som kan påvirke vurderingene til den faglig ansvarlige. Før vedtak om tvungent vern fattes, skal derfor nærmeste pårørende gis anledning til å uttale seg (phvl. § 3-9). Retten til å uttale seg innebærer at nærmeste pårørende først må få informasjon om at vedtak vil bli fattet, og den vedtaksansvarlige skal sørge for at slik informasjon blir gitt. Opplysningene fra nærmeste pårørende skal nedtegnes og inngå i grunnlaget for vedtaket.

Nærmeste pårørende har rett til å klage på vedtak som gjelder etablering og ikke-etablering av tvungent vern (phvl. §§ 3-3 a og 3-7) og de ulike vedtakene om gjennomføring av psykisk helsevern etter phvl. kapittel 4 (blant annet phvl. § 4-4 a). For å kunne klage, må pårørende vite om at det er truffet et vedtak, og nærmeste pårørende skal derfor ha tilstrekkelig informasjon om slike vedtak til å kunne benytte sin klagerett. Informasjonen skal gis så snart som mulig, og som hovedregel skriftlig. Dersom nærmeste pårørende ikke blir informert og involvert, mister de i praksis sin mulighet til å klage på vedtaket.

### 10.4.3 Pårørendes rett til medvirkning og informasjon når pasienten mangler samtykkekompetanse

For pasienter over 18 år som ikke kan ivareta sine interesser eller avgi et gyldig samtykke til behandling, er det helsepersonell som tar beslutning om helsehjelp. Nærmeste pårørende har imidlertid rett til medvirkning til helsehjelpen (pbrl. § 3-3) og til informasjon når pasienten mangler samtykkekompetanse (pbrl. § 3-1). Det følger av pbrl. § 7-2 at pårørende som har fullmakt til å representere pasienten, kan klage til statsforvalteren dersom pasienten ikke har fått oppfylt sine rettigheter til blant annet nødvendig helsehjelp, medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Nærmeste pårørende kan også klage dersom de selv ikke har fått oppfylt sine rettigheter.

Nærmeste pårørendes har en rett til å medvirke sammen med pasienten dersom vedkommende mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 3-1 tredje ledd. Nærmeste pårørende kan ikke utøve medvirkningsretten på selvstendig grunnlag, men sammen med pasienten. I Helsedirektoratets rundskriv til pbrl. § 3-1 tredje ledd fremgår det at pasientens tilstand og funksjonsnivå vil være avgjørende for i hvilken utstrekning pasienten selv kan medvirke, eller om nærmeste pårørende må ivareta retten til å medvirke på en mer selvstendig måte (Helsedirektoratet, 2015). Retten til medvirkning i representasjonssituasjoner gjelder bare så langt den vurderes å være i pasientens interesse. Medvirkningsretten må dermed alltid utøves i pasientens egen interesse.

Etter pbrl. § 3-3 andre ledd har nærmeste pårørende en selvstendig rett til informasjon dersom pasienten ikke er i stand til å ivareta sine interesser på grunn av manglende samtykkekompetanse. Tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen er en forutsetning for at nærmeste pårørende skal kunne ivareta pasientens interesser på en tilfredsstillende måte. Dette gjelder blant annet ved medvirkning til helsehjelp (pbrl. § 3-1 tredje ledd) og til å kunne gi uttrykk for det pasienten er best tjent med (pbrl. § 4-6 andre ledd). Nærmeste pårørendes rett til informasjon er sidestilt med pasientens i disse tilfellene. Informasjonen kan altså ikke begrenses til den informasjonen pårørende selv ber om. Jo mer alvorlig pasientens tilstand er, desto større anstrengelser kan kreves av helsepersonellet for å informere de nærmeste pårørende. Samtidig følger det av pasientens rett til vern om egne helseopplysninger i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 og prinsippene bak taushetsplikten at det her må innfortolkes et nødvendighetskrav for hvilke taushetsbelagte opplysninger som gis til nærmeste pårørende.

Opplysningene må dermed være nødvendige for at nærmeste pårørende skal kunne ivareta pasientens interesser, jf. § 3-3 andre ledd.

I utgangspunktet må pasienten samtykke til at nærmeste pårørende skal få informasjon om helsetilstand og den helsehjelpen som ytes, jf. pbrl. § 3-3 første ledd, men dersom «forholdene tilsier det», skal nærmeste pårørende likevel ha slik informasjon. Dette unntaket kan være aktuelt for pasienter som ikke kan avgi et samtykke på grunn av ulike former for psykiske forstyrrelser av mer eller mindre forbigående art. Eksempelvis kan unntaket komme til anvendelse for en pasient med en rusutløst psykose. Dette unntaket hviler på et antatt samtykke fra pasientens side, og helsepersonell må derfor gjøre en vurdering av om pasienten ville ønsket at nærmeste pårørende ble informert.

Når vedtak om tvang etter psykisk helsevernloven gjelder pasienter som mangler samtykkekompetanse, er involvering av nærmeste pårørende særlig viktig for å sikre pasientens rettsikkerhet på best mulig måte. Pårørende vil kunne bidra med opplysninger om hva pasienten ville ha ønsket, og de skal dessuten gis nok informasjon om vedtak og behandling til å kunne ivareta pasientens klagerett. Pårørende vil derfor som hovedregel ha krav på den samme informasjon som pasienten og informasjonsretten vil være mer omfattende enn det som følger av helsepersonells underretningsplikt.

### 10.4.4 Taushetspliktens bestemmelser og pårørendes rett til informasjon

I behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse, kan helsepersonell møte situasjoner der pasientens og pårørendes interesser ikke sammenfaller og som utfordrer taushetspliktens bestemmelser. Dette kan særlig gjelde ved bruk av tvang som innebærer en sterk inngripen i pasientens autonomi og livsvilkår, og hvor det kan foreligge kryssende interesser og behov.

Opplysninger knyttet til pasientens sykdomsforhold er i utgangspunktet underlagt taushetsplikt, også overfor pårørende, jf. hpl. § 21. Det viktigste unntaket fra taushetsplikten er at helsepersonell kan utveksle informasjon med enhver som pasienten selv gir samtykke til at det utveksles taushetsbelagte opplysninger med, jf. hpl. § 22. Unntaket innebærer at pasienten kan gi tillatelse til at opplysninger som er omfattet av taushetsplikten, deles med andre. Dette innebærer at taushetsplikten heves så langt tillatelsen rekker. Samtidig innebærer ikke denne tillatelsen en plikt for helsepersonell å gi slike opplysninger, men tillatelsen gir helsepersonell en opplysningsrett. Informasjon til pårørende forutsetter som hovedregel et samtykke fra pasienten.

Nærmeste pårørende som ønsker det, har rett til informasjon for å kunne ivareta pasientens interesser. Noen ganger vil de også ha behov for informasjon av hensyn til seg selv. Pasientene kan på sin side ha grunner til å ønske at pårørende ikke involveres (Norvoll et al., 2017a). Det kan også være et dilemma for helsepersonell at opplysningene fra pårørende skal dokumenteres i pasientjournalen og at pasienten vil ha rett til innsyn i disse. Dette kan føre til at de pårørende vegrer seg for å gi viktige opplysninger når de ikke vet hvordan disse nedtegnes og på hvilken måte pasienten får presentert opplysningene. Pårørenderelasjonen kan ta skade og pårørende kan utsette seg for skade ved å uttale seg mot pasientens ønske og pasienten får innsyn i dette. Pårørende av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan være særlig sårbare. Pbrl. § 5-1 andre ledd gir her et snevert unntak for pasientens innsyn i egen journal når det er «klart utilrådelig» av hensyn til personer som står vedkommende nær. Det er viktig at dette unntaket gjøres kjent og praktiseres på en god måte, herunder at det også hensyntas i journalsystemet.

Helsepersonellovens § 23 nr. 4 gjør også unntak fra taushetsplikten når «tungtveiende private eller offentlige grunner» gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Unntaket kommer til anvendelse i nødrettslige situasjoner som fare for skade på liv og helse, herunder ved berettiget mistanke om fare for alvorlig selvskading, selvmord eller vold mot andre. Med andre ord er terskelen høy for at dette unntaket kommer til anvendelse. Likevel kan det være av stor betydning for pårørende å få informasjon i slike nødrettslige situasjoner, blant annet for å avverge en fare for skade på eget liv eller helse. Utvalget ser nærmere på unntak fra taushetsplikten av hensyn til samfunnsvernet i punkt 11.8.2.

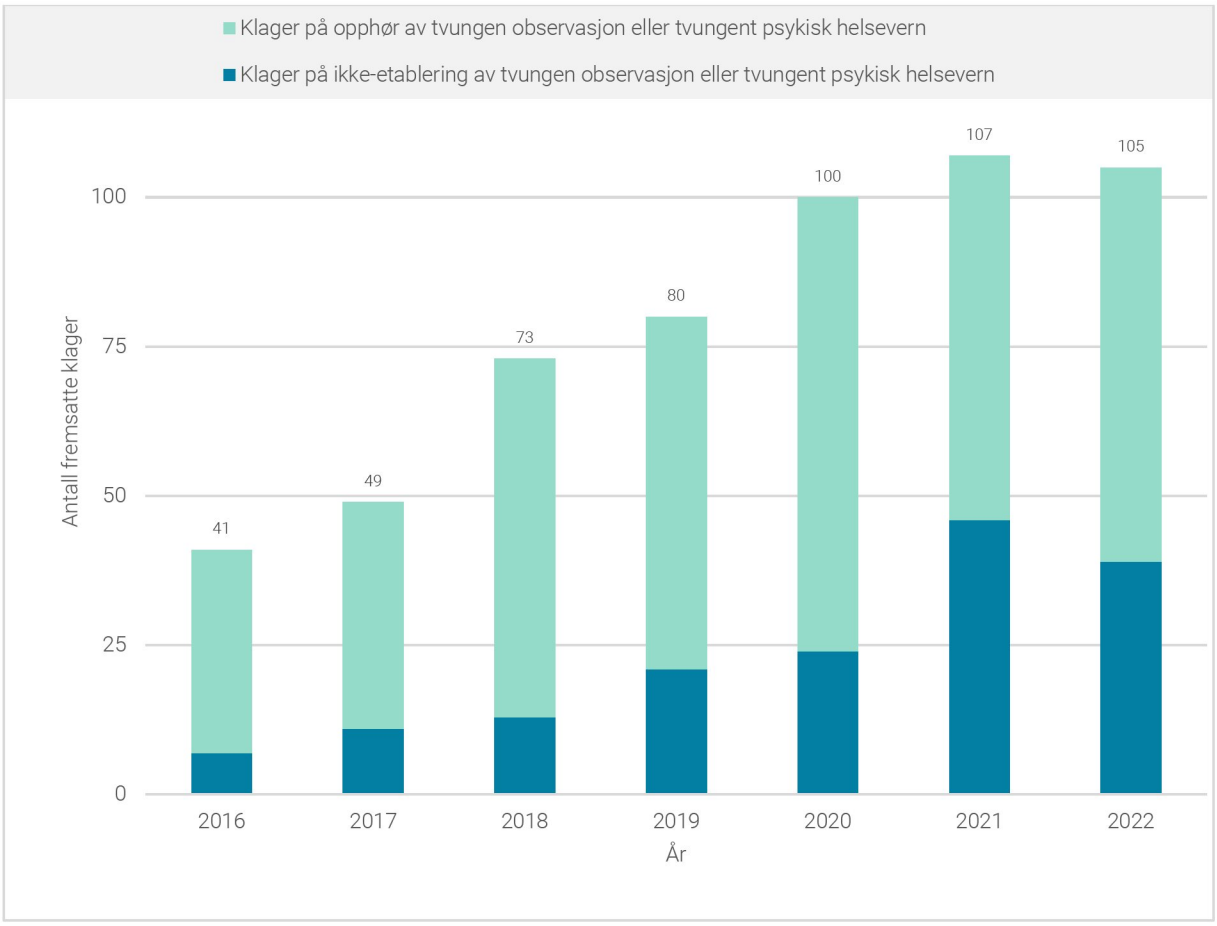
## 10.5 Pårørendes erfaringer med samtykkevilkåret

Utover SME-evalueringen av lovendringene fra 2017 (se omtale i kapittel 2) og en artikkel av Wergeland mfl. (Wergeland et al., 2023), kjenner ikke utvalget til studier som eksplisitt setter søkelys på pårørendes erfaringer med samtykkevilkåret. Gjennom sitt arbeid har utvalget imidlertid mottatt og innhentet innspill fra pårørendeorganisasjoner, fagmiljøer og berørte aktører og også sett hen til litteratur og evalueringsrapporter som mer generelt belyser pårørendes erfaringer, rolle og situasjon. Utvalgets oppsummering av de ulike perspektivene er gjengitt under.

### 10.5.1 Pårørende forteller om økt belastning og at det er vanskelig å få hjelp

Økt belastningen for pårørende etter lovendringene ble identifisert som en utfordring i evalueringen som SME utarbeidet for Helsedirektoratet i 2019. Ved gjentagelse av evalueringen i 2022–2023 beskrev fortsatt flere ansatte i spesialisthelsetjenesten økt belastning på pårørende etter 2017, men noen av dem mente at ressurssituasjonen i psykisk helsevern med blant annet få langtidsplasser var en viktigere grunn til dette enn lovendringene. Flere pårørende opplevde at mye av oppfølgingen etter at pasienten var skrevet ut hvilte på dem. For eksempel brukte flere mye tid på å overtale pasienten til å ta antipsykotiske medisiner. Pårørenderepresentanter påpekte at deres belastning ble større når det var et dårlig samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet publiserer årlig tall som beskriver kontrollkommisjonenes arbeid, herunder også behandlede klager på opphør og ikke-etablering fremsatt av pårørende (Helsedirektoratet, 2021a). Tallene er gjengitt i figur 10.1, som viser at det årlige antallet av slike klager har økt fra om lag 40 i 2016 til mer enn 100 i 2022. Til sammenligning viser registerdata-analyser presentert i kapittel 6 at det ble gjort mer enn 9 000 innleggelser i psykisk helsevern i 2022 der pasienten ble holdt tilbake under tvungent vern. Dette tilsier at klageantallet fortsatt er lite holdt oppimot det totale volumet av denne typen vedtak. Utvalget mener likevel at utviklingen i antall klagesaker etter 2016 understøtter antagelsen om økt belastning for pårørende.




Figur 10.1 Pårørendes klager til kontrollkommisjonene på opphør og ikke-etablering av tvungent vern. Gjelder perioden 2016–2022.
Kilde: Helsedirektoratet - Data fra kontrollkommisjonene

At lovendringene kan ha bidratt til økt pårørendebelastning, og at det oppleves som vanskelig å få hjelp fremgår videre av mange av de innspillene utvalget har mottatt. Mer ansvar til pårørende som en opplevd konsekvens av lovendringene nevnes i tilbakemeldingene fra alle de regionale helseforetakene. Akuttnettverket og Norsk sykepleierforbund viser i sine innspill til interne undersøkelser som bekrefter helsepersonells opplevelse av økt pårørendebelastning.

Pasient- og brukerombudet sier i sitt innspill at de mottar henvendelser fra både pasienter og pårørende om problemstillinger tilknyttet samtykkekompetanse og tvang. En stor andel av de som tar kontakt med ombudet er pårørende som beskriver store belastninger og stor bekymring for sine kjære. Henvendelser fra pårørende handler gjerne om at tiltak igangsettes for sent og tyder på at noen pasienter blir svært dårlige og må miste sin samtykkekompetanse før de får helsehjelp. Ombudet sier også at pårørende beskriver fortvilelse over at pasienter som raskt vurderes å ha gjenvunnet sin samtykkekompetanse skrives ut. Dette skjer selv om det fortsatt kan være vanskelig for pasienten å se konsekvensene av sine valg, som for eksempel å avslutte eller takke nei til medikamentell behandling. Etter utskrivelse er det ofte pårørende som må ivareta pasienten.

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) mener at samtykkevilkåret kan ha gitt økt mulighet for å unndra seg helsehjelp, men også de knytter likevel først og fremst den økte omsorgsbelastningen til andre forhold enn samtykkebestemmelsen:

> Det pårørende forteller om er det samme som alltid, om vanskelighetene med å motivere sin nære til å søke hjelp, om problemene med å få behandling når de vil ha hjelp, korte innleggelser, ingen støtte og veiledning til pårørende før innleggelse eller etter utskriving. Under behandling virker det som om kontakten med pårørende er blitt mindre, det er som om alt som ikke anses helt nødvendig faller bort. Vi ser en økning av alvorlig psykisk syke uten kontakt med hjelpeapparatet, bekymringsmeldinger som ikke fører fram, at det ikke tilbys behandling før det har kommet så langt at man er til fare for seg selv eller andre. Mennesker som er overlatt til seg selv, eller sine pårørende og som ikke er synlig i verken statistikker eller oversikter. Denne skyggevirkeligheten er det vi møter hver dag på PIO-senteret. Vi tror ikke dette henger sammen med lovendringen knyttet til samtykkekompetanse, men kanskje kan praksis ved vurdering av samtykkekompetanse reflektere noe av den innstrammingen som har skjedd de siste årene.

På grunnlag av kvalitative studier, statistikk og de mange innspillene utvalget har mottatt, mener utvalget sikkert å kunne konkludere med at pårørende til alvorlig psykisk syke har et krevende omsorgsansvar og at noen pårørendegrupper har fått en økt omsorgsbelastningen de siste fem årene. Det fremstår likevel som mer uklart hvor mye av dette som kan forklares ved samtykkevilkåret eller relateres til praktiseringen av denne. Mange innspill til utvalget vurderer at andre forhold har betydd mer, og utvalget støtter denne vurderingen.

### 10.5.2 Noen pårørende opplever at samtykkevilkåret har vært positivt for pasientene og at det har betydd lite for pårørendes omsorgsbelastning

Selv om utvalget har fått mange henvendelser som tyder på økt belastning for pårørende etter 2017, og som helt eller delvis kan knyttes til samtykkebestemmelsen, er det også viktig å være oppmerksom på at det vil være individuelle forskjeller i pårørendes opplevelse og erfaring. Det er heller ikke gjennomført studier som kan bekrefte at inntrykket fra innspill og uttalelser er representativt for pårørende som gruppe eller som kan antyde noe om hvor stor andel av de pårørende som har erfart økt omsorgsbelastning som en konsekvens av samtykkebestemmelsen fra 2017.

I en artikkel publisert i 2023 argumenterer Wergeland mfl. for at pårørende i liten grad har blitt påvirket av lovendringene i 2017 (Wergeland et al., 2023). Artikkelen baserer seg på intervjuer med syv pårørende til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, hvor tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) ble opphevet i forbindelse med lovendringene i 2017. Ifølge artikkelen var det lite kjennskap til lovendringene blant de pårørende. Studien bekrefter at pårørende til pasienter med vedvarende alvorlige psykiske lidelser er en pårørendegruppe som både før og etter lovendringene står i et krevende omsorgsansvar og som har behov for mer støtte enn det de får. Deres involvering i pasientenes liv var imidlertid ikke endret selv om det tvungne vernet hadde opphørt på bakgrunn av samtykkevilkåret. Artikkelen argumenterer samtidig for at de pårørende ga uttrykk for at redusert tvangsbruk og økt autonomi syntes å ha bidratt til at deres familiemedlem var mer fornøyd med livet og den behandlingen de ble tilbudt.

Studien baserer seg på intervjuer med en liten informantgruppe fra et begrenset geografisk område, og på samme måte som for annen informasjon som utvalget støtter seg på når det gjelder pårørendes erfaring med samtykkevilkåret, er det usikkert om dette resultatet er

representativt. Artikkelen bidrar likevel til å nyansere inntrykket fra tilbakemeldingene utvalget ellers har mottatt, og synliggjør at både pårørende og pasienter er en uensartet gruppe som på ulik måte kan være påvirket av lovendringene fra 2017. Utvalget mener dette er et viktig perspektiv å ha med seg i sine vurderinger.

### 10.5.3 Behov for mer kunnskap om taushetspliktens unntaksbestemmelser ved manglende samtykke

For å kunne bidra med informasjon om hva pasienten ville ha ønsket, gir mangel på samtykkekompetanse pårørende en juridisk rett til informasjon og medvirkning uavhengig av taushetsplikten. Dette er det redegjort for over. Gjennom eksplisitte krav til samtykkevurderinger ved tilbakeholdelse og behandling under tvungent vern, kunne man forvente at pårørendes posisjon i beslutningsprosessen ville styrkes med samtykkebestemmelsens innføring i psykisk helsevernloven. Intervjuene som ligger til grunn for SME-evalueringene fra 2019 og 2022-23 gir derimot ingen klare indikasjoner på at lovendringene har gitt en slik endring i praksis. Funn fra intervjuene tydet derimot på mangelfull pårørendeinvolvering både i forbindelse med og i etterkant av utskrivelser fra spesialisthelsetjenesten. De ansatte ser altså fortsatt i hovedsak ut til å forholde seg til underretningsplikten ved tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven, mens informasjons- og medvirkningsretten som følger av mangel på samtykkekompetanse i pasient- og brukerettighetsloven er mindre kjent. I 2018 beskrev enkelte ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten også at informasjon ble holdt tilbake og at pårørende ble utelukket fra en beslutningsprosesser med henvisning til taushetsplikten, uavhengig av hvordan pasientens samtykkekompetanse hadde blitt vurdert.

Oslo psykiatriske legevakt har i sitt innspill til utvalgets arbeid pekt på de samme utfordringene og skriver at hensynet til taushetsplikten fortsatt kan se ut til å ha forrang, også i tilfeller der loven sier at pårørende har rett på informasjon. De mener derfor det er behov for å øke kunnskapen hos helsepersonell om pårørendes rettigheter.

Helsedirektoratet skriver i sitt innspill at samtidig som de mener samtykkebestemmelsen kan ha bidratt til riktigere involvering av pårørende for pasienter som mangler samtykkekompetanse, opplever de å få mange spørsmål fra tjenesten om praktisering av taushetsplikt ved bruk av tvang. De ser derfor behov for klargjøring av regelverket for pårørendes rettigheter ved tvang sammenlignet med frivillighet.

Utvalgets vurdering er at et fragmentert og vanskelig praktiserbart lovverk trolig har bidratt til manglende pårørendeinvolvering og ivaretagelse av pårørendes selvstendige rettigheter når pasienten mangler samtykkekompetanse. Utfordringene som observeres er særlig knyttet til taushetspliktens grenser, og utvalget støtter Helsedirektoratets innspill om at det er behov for ytterligere klargjøring og bedre informasjon om gjeldende regelverk.

### 10.5.4 Samtykkebestemmelsen kan være vanskelig å akseptere for pårørende

SME-evalueringen fra april 2023 formidler at noen informanter mente at det kunne være vanskelig for pårørende å forstå hva samtykkebestemmelsen handler om og at en del pårørende opplevde at vilkåret stod i veien for god pasientbehandling. Representanter fra helsetjenesten trakk frem at pårørende satte spørsmålstegn ved at helsetjenesten lot pasienter med et behandlingsbehov få lov til å forkomme, og ansatte erfarte også at mange pårørende var fortvilet når pasienter ikke fikk tilstrekkelig oppfølging ved opphør av tvungent

vern. De påpekte at gjentatte psykosegjennombrudd slet på relasjonen til pårørende og at dette kunne føre til at pårørende trakk seg mer unna pasienten.

### 10.5.5 Pårørende blir ikke involvert i vurdering av samtykkekompetanse og voldsrisiko

Før vedtak om tvungent vern, har nærmeste pårørende rett til å uttale seg. Dette gjelder både ved etablering, ikke-etablering, opphør og overføring. Retten til informasjon gjelder uavhengig av pasientens samtykke. I denne sammenheng er det derfor uten betydning om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. Pårørenderepresentanter og informanter fra tilsynsorganer som i 2022–2023 ble intervjuet som en del av SME-evalueringen opplevde likevel varierende grad av involvering av pårørende i forbindelse med selve samtykkekompetansevurderingen. Pårørende gav også uttrykk for at deres involvering var avhengig av dem selv, og at informasjon fra pårørende i liten grad var noe spesialisthelsetjenesten tok ansvar for å innhente. Tilsvarende erfaringer går igjen i innspill til utvalget som representerer pårørendeperspektivet. Involvering etterlyses på samme måte i helsetjenestens vurdering av voldsrisiko.

Pårørende og helsetjenesten vil ofte vurdere pasientens samtykkekompetanse forskjellig, og pårørendeorganisasjoner uttrykker bekymring for at klinikkens eller henvisende leges samtykkevurdering noen ganger er basert på et øyeblikksbilde i legevakt eller mottakende institusjon. Ved opphør av tvungent vern eller utskrivning til TUD, vurderes pasienten typisk i en skjermet kontekst inne i døgnavdelingen, der rammene er faste og forutsigbare og tilgangen til rusmidler er fraværende. Innspill fra både pårørende og representanter for kommunehelsetjenesten antyder at prosedyrer for systematiske farevurderinger ved utskriving til dels er mangelfulle. Samtykkekompetanse eller voldsrisiko utenfor institusjonen er ofte ikke tatt inn i vurderingen når det tvungne vernet opphører med begrunnelse i gjenvunnet samtykkekompetanse.

Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) viser i sitt innspill til et konkret eksempel som synliggjør at øyeblikksbildet ikke alltid gir tilstrekkelig informasjon. Saken gjelder en kvinne som hadde meldt bekymring om en venn hun visste kunne være psykotisk. Vedkommende ble oppsøkt av helsepersonell, men siden han fremstod så rolig ble det ikke gjort videre undersøkelser. Få timer senere drepte mannen et tilfeldig offer.

Dette eksempelet illustrerer at helsepersonell må gjøre vanskelige vurderinger der feilvurderinger kan ha alvorlige konsekvenser. Utvalgets mener at det ikke vil være mulig å sikre seg fullt og helt mot slike hendelser, men støtter LPP sin understreking av betydningen av å konsultere og lytte til pårørende for best mulig å kunne danne seg et helhetsbilde av pasientens helsetilstand. Pårørende kan ha verdifull informasjon som bør vektlegges i de vurderingene som gjøres, herunder også som kan belyse hvorvidt kravet om manglende samtykkekompetanse er oppfylt, eller som kan belyse hvorvidt farevilkåret bør tillegges vekt.

I Ukoms evalueringsrapport etter Kongsberg-drapene fremgår det at gjerningspersonen «*Ole*» sine foreldre kontaktet helsetjenesten de første årene etter at han ble syk, men at de etter hvert mistet troen på at informasjon og bekymring fra dem skulle bety noe for sønnens helsehjelp. Foreldrene ble truet av Ole, og han utsatte dem for vold. De mente at Ole var alvorlig syk, men helsetjenesten spurte ikke hvordan Ole fungerte, selv ikke i perioder der han var tvangsinnlagt. Noen behandlere forteller at det var utfordrende å vite hvordan de pårørende kunne involveres siden Ole ikke ønsket at de skulle kontaktes. Da Ole ble skrevet ut etter siste innleggelse, ble ikke de pårørende involvert eller varslet. Det til tross for at de hadde vært utsatt for vold og at Ole hadde fått besøksforbud.

Spesialisthelsetjenesten gjennomførte noen voldsrisikovurderinger av Ole. Vurderingen som ble gjort under siste innleggelse i 2019 viste at voldsrisikoen var lav, men at den kunne øke ved psykose. Farevilkåret ble dermed vurdert til ikke å være oppfylt. Siden Ole ikke ønsket behandling for sin psykoselidelse og takket nei til videre behandling, kunne ikke helsetjenesten fange opp at han ble sykere, og informasjon fra foreldrene ble ikke innhentet eller vurdert.

## 10.6 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener at pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse er en pårørendegruppe som kan ha et særlig behov for veiledning, avlastning og støtte. Mer selvbestemmelsesrett og større autonomi for pasientene forutsetter godt pårørendesamarbeid, som bidrar til å fremme god helse og en helsetjeneste som involverer og støtter pårørende. Det gjelder også i perioder der pasienten ikke ønsker kontakt med helsetjenesten. Dette er viktig både for å ivareta den som er syk og for at pårørende over tid skal kunne stå en slik rolle. Samtidig er utgangspunktet at pasientens selv oppgir hvem som er nærmeste pårørende, og det kan være ulike årsaker til at nærmeste pårørende ikke selv ønsker å involvere seg. Utvalget mener at hensynet til pårørende i for liten grad ble vektlagt da samtykkevilkåret ble innført i psykisk helsevern i 2017. Etter utvalgets syn, burde kompenserende tiltak ha vært iverksatt for å ivareta pårørende i forbindelse med lovendringene.

Utvalget finner at det allerede før 2017 var kjent at pårørendesamarbeidet i tjenesten var mangelfullt og at pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse står i en krevende omsorgssituasjon.

På bakgrunn av det økte antallet av klager fra pårørende og de mange innspillene utvalget har mottatt om pårørendes situasjon, mener utvalget at det er sannsynlig at samtykkevilkåret har bidratt til å forsterke belastningen for en del pårørende. Som omtalt flere steder i rapporten, har det vært andre forhold og utviklingstrekk i perioden både før og etter 2017 som trolig også har betydning for pårørendes situasjon. Dette gjelder særlig forhold knyttet til kapasitet i tjenesten og den ønskede vridningen fra døgnbaserte tilbud i psykisk helsevern til ambulante helsetjenester. En slik omleggingen av tjenestetilbudet innebærer at pasienter i større grad er hjemme, også i perioder hvor symptomtrykket er høyt. I praksis betyr det, uavhengig av samtykkevilkåret, at pårørende må ta et større ansvar. Utvalget mener derfor at pårørendesamarbeid må være en sentral del både i kommune- og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse. Samarbeid med og involvering av pårørende ved bruk av tvang bør innarbeides tydelig i helsetjenestens prosedyrer og rutiner. Utvalget ser også behov for økt kunnskap blant helsepersonell om pårørendes rettigheter ved etablering, gjennomføring og opphør av tvungent vern, og spesielt i de situasjonene der pasienten mangler samtykkekompetanse.

Nasjonal pårørendeveileder fra 2017 er et godt verktøy for å praktisere pårørendearbeid. Utvalget vurdering er at helsepersonell bør kjenne veilederens innhold. Etter utvalgets syn, må pårørendesamarbeid i helsetjenesten forankres på ledernivå for at prosedyrer og rutiner for godt pårørendesamarbeid skal sikres fremover. På denne bakgrunnen anbefaler utvalget å innføre pårørendeansvarlig personell på helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten (se punkt 13.3.1).

Å orientere seg i helselovgivningens kan være krevende. Utvalget mener, i likhet med Tvangslovutvalget, at lovverket om pårørendes rett til informasjon og medvirkning er fragmentert og vanskelig praktiserbart. Slik utvalget ser det, bidrar lovverkets nåværende utforming både til manglende involvering av pårørende og til at interessene til pasienter uten

beslutningskompetanse ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Utvalget anbefaler derfor å presisere nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler beslutningskompetanse (se punkt 13.3.5).

Utvalget mener også å se behov for at pårørende mer systematisk gis tilgang til god og tilpasset informasjon om samtykkevilkåret. Dersom det er mulig, bør det legges til rette for slik opplæring gjennom tett kontakt og dialog både med den enkelte pårørende og med pårørendeorganisasjoner. Utvalget mener at det er viktig at tjenesten har gode rutiner og prosedyrer som ivaretar pårørendes rettigheter både i forhold til tolkning av reglene for taushetsplikt og gjennom medvirkning og informasjon.

Samtykkevilkåret kan være begrensende for helsetjenestens mulighet til pårørendeinvolvering når pasienten ikke samtykker til kontakt. Utvalget mener derfor også at det kan være hensiktsmessig å legge til rette for en styrking av pårørendeorganisasjonenes kompetanse i forståelsen av de lovgrunnlag som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern, herunder særlig samtykkevilkåret. De vil da både kunne avlaste helsetjenesten ved å overta oppgaver knyttet til informasjon og samtidig fylle en rolle som rådgiver og støtte for pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse på en enda bedre måte enn i dag. Frivillige organisasjoner innen psykisk helse og rus kan bidra med viktig kompetanse og være til god støtte for pårørende, både gjennom rådgivningstelefoner og likemannsarbeid. Utvalgets vurdering er at slike organisasjoner bør sikres forutsigbare rammer for drift og tildeles et tydelig mandat (se punkt 13.3.4).

Utvalget anerkjenner at det kan være krevende for helsepersonell å ta riktige beslutninger både om pasientens samtykkekompetanse og om et eventuelt voldspotensial. Etter utvalgets syn tilsier kompleksiteten og ansvaret i vurderinger av vilkårene for tvungent vern at det etableres gode rutiner og tilstrekkelige rammer for innhenting av nødvendig informasjon. Det kan innebære at både pårørende og andre som kjenner pasienten godt høres og at disse uttalelsene inngår som del av vurderingene. God kunnskap og informasjon er viktige forutsetninger for bedre beslutninger om pasientbehandling, og kan samtidig bidra til å redusere risikoen for alvorlige hendelser med fare for liv eller helse.

# 11 Samfunnsvernet i psykisk helsevern


Oppsummering

- Kun et fåtall av personer med alvorlig psykisk lidelse har et forhøyet voldspotensial.
- Å sikre diagnose, oppfølging og behandling av god kvalitet er de sentrale tiltakene for å ivareta samfunnsvernet i psykisk helsevern. Tilstrekkelige ressurser og adekvat bruk av disse med differensiering mellom blant annet ulike nivå, kompetanse og profesjoner er en forutsetning for disse tiltakene i klinisk praksis.
- Å vurdere voldsrisiko og farevilkåret etter psykisk helsevernloven er krevende.
- Vurderinger av voldsrisiko og farevilkåret for å forebygge fare kan avhenge av tilstrekkelig informasjon fra ulike samfunnsaktører, for eksempel kommune- og spesialisthelsetjenesten, pårørende og eventuelt NAV og politi.
- Personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldsrisiko kan være innlagt i psykisk helsevern på sivilt (psykisk helsevernloven) eller strafferettslig (dom til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)) grunnlag. Utvalget mener det er å foretrekke at pasienter følges opp i sivilt psykisk helsevern.
- Det har vært en betydelig økning av personer på dom til tvungent psykisk helsevern de siste årene.
- Personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldspotensial vil, som i dag, også fremover bli fulgt opp poliklinisk enten frivillig og under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Utvalget mener det bør tenkes nytt om hvordan disse personene bør følges opp.


## 11.1 Innledning

De fleste personer med en alvorlig psykisk lidelse utgjør ikke en fare for andre. I registerdata for 2020 ble det rapportert om fare for andre på 665 av de 185 000 pasientene over 16 år som hadde vært til behandling i psykisk helsevern. Det er neppe slik at alle med forhøyet voldsrisiko er dekket av dette tallet, men det sier noe om hvor liten denne pasientgruppen er. Det er likevel viktig at helsetjenesten gir et godt tilbud til det fåtallet hvor spørsmålet om fare er aktuelt. Et hovedformål med behandling av disse pasientene er at de skal oppnå bedring og beskyttes mot å ta valg, inkludert farlige handlinger, de ikke ville gjort med adekvat behandling. Riktig behandling kan også forhindre at en person utvikler en voldsproblematikk. Manglende ivaretakelse av denne gruppen kan – i tillegg til dårlig samfunnsvern og dårlig helsetilbud – bidra til ytterligere stigmatisering av personer med alvorlig psykisk lidelse. God helsehjelp vil derfor også være god ivaretakelse av samfunnsvernet.

Dersom en person har vært voldelig eller hatt truende adferd på grunn av en alvorlig sinnslidelse, tilsier psykisk helsevernloven (phvl.) at helsetjenesten skal bidra til at disse

personene får nødvendig helsehjelp. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse. Samtykkevilkåret stiller dermed krav til vurdering av fare, både av henvisende lege og av den vedtaksansvarlige som skal ta stilling til tvungent vern eller tvungen behandling. Samtidig må det anerkjennes at det er vanskelig å forutsi voldshandlinger.

Utvikling i forståelsen av psykiske lidelser og økt vektlegging av selvbestemmelse og menneskerettigheter gjør at helsetjenesten og andre samfunnsaktører må tilnærme seg farlighetsproblematikk på en annen måte enn tidligere. I asylenes tid fra 1850 til slutten av 1900-tallet var personer med alvorlig sinnslidelse og et forhøyet voldspotensial innlagt på lukkede psykiatriske sykehus i lang tid og var ikke en del av samfunnet. I dag er de aller fleste slike lukkede døgnplasser lagt ned. Denne utviklingen utfordrer kompetanse og faglighet i helsetjenesten, så vel som samarbeid mellom ulike nivå i helsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre aktører, som politiet. Den økte vektleggingen av pasientens selvbestemmelse og endringer i behandlingstilbudet, blant annet nedbygging av døgnplasser de siste tiårene, bidrar til at personer med alvorlig psykisk lidelse blir mer synlige i samfunnet.

Det ytes omfattende helsetjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, blant annet i form av oppsøkende tjenester som ACT- og FACT-team (inkludert FACT sikkerhet). Moderne legemidler bidrar i stor grad til denne muligheten, ved å dempe psykose og annen uro som kan medføre fare. Tilsvarende er det en økende forståelse for hvilke miljø- og psykologiske faktorer som bidrar til økt risiko for voldsutøvelse. Det er også økende biomedisinsk kunnskap om hva som skjer i hjernen ved alvorlig psykisk lidelse, inkludert hva som påvirker et forhøyet voldspotensial. Disse ulike tilnærmingene til alvorlig psykiske lidelse må integreres i behandlingstilbudet og i hvordan psykisk helsevernloven skal anvendes.

## 11.2 Forholdet mellom alvorlig psykisk lidelse og fare for andre

Alvorlig psykisk lidelse er en samlebetegnelse for psykoselidelser og andre psykiske lidelser som gir et tilsvarende funksjonsfall. En psykotisk tilstand kan blant annet være preget av frykt som følge av en forvirrende og endret virkelighetsoppfatning. Psykoser kan også omfatte andre symptomer, både de som kalles «positive» (hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser) og «negative» (passivitet, avflating av følelseslivet, sosial tilbaketrekning og isolasjon). Opplevelsen knyttet til dette kan i seg selv være svært skremmende og lede til aggresjon (blant annet via såkalt threat control override (TCO)) og derav vold. Psykosetilstanden kan forsterkes av rusmiddelbruk, sosial isolasjon og utenforskap. I de fleste slike tilfeller kan marginal sosial funksjon med rusmiddelmisbruk anses som en del av pasientens grunnlidelse. Utvalget mener at gode og meningsfulle relasjoner over tid står i kjernen av voldsforebygging. God brukermedvirkning, pårørendeinvolvering, en meningsfull hverdag og relasjonsarbeid er viktige deler av behandlingen av psykiske lidelser.

Det er viktig å ha en helhetlig forståelse av voldspotensial og tvangsbruk overfor personer med alvorlig psykisk lidelse. I en systematisk oversikt og metaanalyse fra 2019 finner Green mfl. at personer med psykoselidelse og barndomstraumer har omtrent dobbelt så stor risiko for å utøve vold sammenliknet med personer med psykoselidelse uten barndomstraumer (Green et al., 2019). Tilsvarende viser en norsk studie fra 2020 av Storvestre mfl. at personer med schizofrenilidelse og voldshistorikk har en høyere forekomst av traumer (særlig fysisk og følelsesmessig neglekt) i barndommen (Storvestre et al., 2020). Bruk av tvang kan også oppleves traumatiserende for den som utsettes for det, og da særlig tvangsmedisinering. Pasient- og brukerombudet i Hordaland påpeker i sitt innspill til utvalget at «å bli utsatt for

tvangsbruk, selv utøvd i den beste hensikt, kan påføre den det gjelder skader i form av krenkelser og traumer. Dette kan svekke tilliten til helsetjenesten og kan lede til større motstand mot behandling. Manglende tillit kan føre til at personer med alvorlig psykisk sykdom ikke får den helsehjelpen de har krav på.» Utvalget mener at god brukermedvirkning og pårørendeinvolvering spiller en viktig rolle for å bedre tilpasse behandlingen i det psykiske helsevernet til den enkelte. Dette gjelder også ved bruk av tvang.

### 11.2.1 Gir alvorlig psykisk lidelse forhøyet risiko for vold?

De fleste personer med alvorlig psykisk lidelse utgjør ikke en fare for andre (Whiting et al., 2022). Likevel utvikler et mindretall et forhøyet farepotensial og står i fare for å skade andre på grunn av sin sykdom – i strid med det de selv ønsker. Å ivareta dette mindretallet er av stor betydning både av hensyn til de personene dette gjelder, for å ivareta samfunnsvernet og for tilliten til helsetjenesten. Samtidig må man unngå at tiltak for å sikre samfunnsvernet får for store konsekvenser for alle de pasientene som ikke har et farepotensial. Utvalget mener at en kunnskapsbasert forståelse av sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og alvorlige voldsepisoder kan bidra til en mer nyansert debatt og redusere stigmatisering knyttet til alvorlig psykisk lidelse.

NOU 2010: 3 om «Drap i Norge i perioden 2004–2009» beskriver at psykiske lidelser ikke i seg selv er forbundet med økt risiko for drap eller alvorlig vold (NOU 2010: 3, 2010). Ifølge denne utredningen har personer med psykiske lidelser likevel økt forekomst av risikofaktorer for drap, hvor rusmiddelbruk er den viktigste. Utredningen fant støtte for sine vurderinger, blant annet artikkelen til Elbogen og Johnson fra 2009 som fremhever at en alvorlig psykisk lidelse ikke i seg selv er en risikofaktor for fremtidige voldshandlinger, men at voldsrisikoen i stedet knyttet seg til rusmisbruk, voldshistorikk og vanskelige boforhold (Elbogen et al., 2009). Samtidig synliggjør disse funnene at voldsrisiko samvirker med en rekke forhold. Utvalget vil påpeke at det kan være krevende å fastslå om volden er en direkte følge av en alvorlig psykisk lidelse, eller skyldes rus og dårlige boforhold. Adekvat behandling av psykosesymptomer sammen med tiltak rettet mot rusmiddelbruk og boforhold vil alle kunne ha en voldsforebyggende virkning.

Nyere forskning viser at alvorlig psykisk lidelse i økende grad blir forstått som en selvstendig risikofaktor for voldsepisoder. En svensk kohortstudie av Fazel mfl. fra 2014 viser at schizofrenilidelser er assosiert med en betydelig økt risiko for voldshandlinger, i tillegg til selvmord og tidlig død (Fazel et al., 2014). I en systematisk oversikt og metaanalyse fra 2022 finner Whiting mfl. også at schizofrenilidelser er en selvstendig risikofaktor for voldsepisoder sammenliknet med resten av befolkningen (Whiting et al., 2022). Artikkelen baserer seg på en gjennomgang av 24 studier om voldsepisoder fra femten land over fire tiår, og finner også støtte for funnene i nyere befolkningsstudier. Utvalgets vil påpeke at det hos personer med alvorlig psykisk lidelse er store individuelle forskjeller i farepotensiale.

Utvalget finner det hensiktsmessig å skille mellom ulike kategorier av voldsepisoder. Stahl skiller mellom tre kategorier i en artikkel fra 2014 (Stahl, 2014). For det første kan voldsepisoden være impulsiv, gjerne er preget av en autonom aktivering som reaksjon på en provokasjon. For det andre kan voldsepisoden være instrumentell, som innebærer at den er planlagt og målrettet og gjerne knyttet til dyssosiale personlighetstrekk. For det tredje kan voldsepisoden være psykotisk betinget, som særlig knytter seg til positive psykosesymptomer i form av vrangforestillinger om forfølgelse, storhetsforestillinger og tankepåføring samt hallusinasjoner, som befalende stemmer. Disse ulike kategoriene av voldsepisoder kan være aktuelle samtidig: Voldsutøvelse av en person med alvorlig psykisk lidelse og dyssosial

personlighetsforstyrrelse kan være impulsiv, instrumentelt og psykotisk betinget på samme tid. Det er vist i flere studier at det er to grupper av personer med schizofrenilidelse (med og uten samtidig dyssosial personlighetsforstyrrelse) som utøver vold, og at behandlingen bør tilpasses hvilken gruppe pasienten tilhører (Hodgins et al., 2017).

I en artikkel fra 2014 finner Ullrich m.fl. at nærhet i tid mellom vrangforestillinger og voldsepisoder er avgjørende i forholdet mellom alvorlig psykisk lidelse og voldelig atferd (Ullrich et al., 2014). Vrangforestillinger som vekker sinne hos personen selv, blir særlig trukket frem som en viktig faktor for å kunne forutsi voldelig atferd. På den andre siden kan et drap på psykotisk grunnlag også ha til hensikt å beskytte den drepte eller andre mot større (psykotisk forståtte) påkjenninger.

> En 40 år gammel mann har hatt en schizofrenilidelse i flere år, men har kun delvis fulgt opp anbefalt behandling. I forbindelse med at han ruser seg, blir han overmannet av angst og får det for seg at naboen har installert overvåkningsutstyr i leiligheten hans (psykotisk vrangforestilling). Han bestemmer seg derfor for å vente til naboen kommer hjem og true ham til å demontere utstyret (instrumentell handling). Naboen nekter for å ha installert slikt utstyr, og mannen går til fysisk angrep på naboen.

På denne bakgrunnen mener utvalget at det er grunnlag for å si alvorlig psykisk lidelse er en selvstendig risikofaktor for voldsepisoder. Psykotisk betingete voldshandlinger er likevel kun aktuelt for et fåtall personer med alvorlig psykisk lidelse. Selv om en ubehandlet psykotisk tilstand hos personer med en psykoselidelse kan innebære en viss voldsrisiko, vil faktisk utøvelse av vold være vanskelig å forutsi hos den enkelte pasient. Etter utvalgets syn, er det viktig at voldsrisiko hos personer med alvorlig psykisk lidelse ikke bagatelliseres. Samtidig er det viktig å unngå stigmatisering av en pasientgruppe der de fleste ikke utgjør en voldsrisiko.

### 11.2.2 Betydningen av behandling for å redusere fare for andre

Utvalget mener at utredning, oppfølging og behandling av god kvalitet i psykisk helsevern kan redusere sannsynligheten for psykotisk betingete voldshandlinger hos det fåtallet av personer med alvorlig psykisk lidelse hvor det er aktuelt. Slik utvalget ser det, bør hensikten med behandling være å bedre personens funksjon i dagliglivet. Det å redusere psykotiske symptomer vil være viktig for bedre mestring i hverdagen. Samtidig kan bedre mestring bidra til at psykosesymptomene blir enklere å leve med. En reduksjon av psykosesymptomer kan også gjøre pasienten mer tilgjengelig for psykososiale behandlingstiltak som psykoterapi og arbeidstiltak, noe som kan påvirke voldsrisikoen positivt. Utvalget er kjent med gjennomgangen av virkninger og bivirkninger av behandling av psykiske helseproblemer i NOU 2019: 14 kapittel 10, og ser behov for å presentere oppdatert kunnskap på feltet for å belyse betydningen av behandling for å redusere fare for andre. Utvalget erfarer at nyere forskning knyttet til effekt av behandling på voldspotensial i stor grad knytter seg til antipsykotiske legemidler. Det finnes også ikke-medikamentelle tiltak som kan ha effekt på aggresjon ved psykose og som inngår i anbefalinger i psykoseveiledere nasjonalt så vel som internasjonalt (Helsedirektoratet, NICE guidelines, mv.). På denne bakgrunnen oppsummerer utvalget relevant forskning på feltet.

### 11.2.3 Betydningen av tvang

I januar 2023 gjennomførte Folkehelseinstituttet et systematisk litteratursøk om sammenhenger mellom tvang i psykisk helsevern og vold blant personer med alvorlig psykisk

lidelse på vegne av utvalget (Jardim PJS et al., 2023). Folkehelseinstituttets vurdering er at det er krevende å sammenstille pålitelige resultater på tvers av studiene i det systematiske litteratursøket, blant annet grunnet uklare studiedesign og forvekslingsfaktorer i primærstudiene. Søket viste at mye av forskningen på alvorlig psykisk lidelse og tvangsbruk er gjort under andre lovverk enn det norske. Det er vanskelig å vurdere effekten av tvang på alvorlige voldsepisoder blant personer med alvorlig psykisk lidelse, fordi de er så sjeldne. Utvalgets vurdering av resultatene fra de sparsomme undersøkelsene som er gjort, er likevel at de indikerer at tvang i noen tilfeller kan legge til rette for at personer med alvorlig psykisk lidelse får nødvendig behandling, som igjen kan bidra til å redusere et eventuelt voldspotensial.

### 11.2.4 Betydningen av antipsykotiske legemidler

Antipsykotiske legemidler har best effekt på positive psykosesymptomer, som hallusinasjoner og andre persepsjonsforstyrrelser, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og adferdsforstyrrelser. Mens positive symptomer er mer synlig for pasienten selv og andre, kan negative symptomer være redusert uttrykk av følelser (affektmatthet), tilbaketrukkenhet og redusert emosjonell kontakt med andre. Negative symptomer er generelt vanskeligere å behandle enn positive psykosesymptomer (Leucht et al., 2017). Disse negative symptomene kan ha stor betydning for personens funksjon i dagliglivet. Personer med alvorlig psykisk lidelse med flere negative symptomer kan være i behov av støtte fra behandlingsapparatet. Samtidig er det solid kunnskap om at førstegangssyke pasienter har bedre effekt av behandling enn pasienter som har vært syk i en årrekke. I en systematisk oversikt og metaanalyse fra 2017 finner Santesteban-Echarri mfl. at jo bedre funksjonsnivå personen hadde før symptomdebut, desto kortere varighet av psykosen, og jo færre negative symptomer det er ved behandlingsstart, desto bedre er behandlingsresponsen (Santesteban-Echarri et al., 2017). Samtidig gjelder det at jo flere tidligere psykotiske episoder, desto større er antallet pasienter som ikke oppnår klinisk bedring. Dette taler for å tilby sammenhengende behandling, hvor antipsykotiske legemidler inngår, til personer hvor tilbakefall er særlig viktig å unngå. Dette kan gjelde blant annet for personer som i tidligere psykotiske episoder har utgjort en fare for seg selv eller andre. Individuelt tilpasset behandling og oppfølging av god kvalitet krever i mange tilfeller lang tid med blant annet utprøving av ulike legemidler for å finne et behandlingsopplegg med god forebyggende effekt, balansert mot pasientens bivirkninger.

I en systematisk oversikt og metaanalyse fra 2019 finner Huhn mfl. at antipsykotiske legemidler reduserer psykotiske symptomer og antall innleggelser samt forhindrer tilbakefall (Huhn et al., 2019). I en longitudinell (langsgående) studie fra 2019 som fulgte 1 500 personer med schizofrenilidelse og voldshistorikk over en periode på 18 måneder, finner Buchanan mfl. at mangelfull bruk av antipsykotiske legemidler var assosiert med voldelig atferd (Buchanan et al., 2019). Videre viser en registerstudie av Sariaslan mfl. fra 2021 at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med redusert kriminalitet (Sariaslan et al., 2021). Studien baserer seg på en gjennomgang av kriminell atferd hos nærmere 75 000 personer som hadde blitt foreskrevet antipsykotiske legemidler i Sverige i perioden 2006–2013, og hver person er sin egen kontroll. Ifølge studien har personene lavere voldsrisiko i perioder hvor de ble gitt antipsykotiske legemidler og høyere voldsrisiko i perioder uten slike legemidler. Likevel sier ikke studien om denne effekten knytter seg til medisinen i seg selv eller oppfølgingen personen fikk.

En viss andel av personer med alvorlig psykisk lidelse, anslagsvis én av fem, responderer ikke på antipsykotiske legemidler. Dette tallet avhenger imidlertid av hva man regner som bedring (remisjon). En artikkel av Samara mfl. fra 2019 viser at rundt tjue prosent av pasienter med

schizofrenilidelse ikke hadde effekt av antipsykotiske legemidler (Samara et al., 2019). De finner at tidlig symptomdebut, lavere alvorlighetsgrad og visse typer antipsykotiske legemidler var forbundet med manglende effekt. Artikkelen baserer seg på individdata fra 16 korttids randomiserte kontrollerte studier (RCT). Tilnærmingen som er valgt har den svakheten at pasienter kan ha fått behandling før de ble inkludert i studien og at ytterligere bedring dermed ikke ble observert (Samara et al., 2019). Selv om det er usikkert hvor stor andel i pasientpopulasjonen som har liten eller ingen effekt av antipsykotiske legemidler, er det etter utvalgets mening flere studier som taler for at dette gjelder en betydelig undergruppe. Det stiller strenge krav til grundige vurderinger av effekt og bivirkninger av legemiddelbruk og høy klinisk kompetanse for å finne den beste behandlingen. Dette gjelder ikke minst dersom pasienter har et vedtak om tvungen behandling (phvl. § 4-4). Etter utvalgets syn, er det oftest mulig å finne strategier som reduserer risiko for voldshandlinger gjennom spesialiserte og individualiserte behandlingsopplegg.

Samtidig er det flere pasienter som angir at bivirkningene av antipsykotiske legemidler er verre enn å leve med psykosesymptomene, og derfor slutter å ta legemidlene. Dette kan også bero på manglende sykdomsinnsikt og derfor manglende opplevelse av effekt. Utvalget har forståelse for at det kan være betydelig ambivalens knyttet til bruk av antipsykotiske legemidler, blant annet grunnet bivirkninger. Bivirkninger av antipsykotiske legemidler kan være både subjektive (for eksempel intellektuell og emosjonell hemning) og objektive (for eksempel vektøkning (metabolske), nedsatt motorikk (akinesi), avvikende motorikk (dyskinesi)). I enkelte tilfeller kan bivirkninger motvirkes ved medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak. Utvalget mener det er viktig at behandlere følger godt opp pasienter som er negative til medikamentell behandling. Seponering og nedtrapping av antipsykotiske legemidler kan medføre risiko for symptomforverring og økte bivirkninger, og bør skje i et samarbeid mellom pasient og helsetjenesten. Utvalget mener at det her, som i medisinsk behandling for øvrig og i tråd med alle gjeldende retningslinjer, er av stor betydning at personens egen opplevelse av bivirkninger blir tatt hensyn til i vurderingen av hvilken oppfølging personen er i behov av, og hvordan det mest mulig kan legges til rette for behandling som oppleves meningsfull for pasienten.

Utvalget mener at det psykiske helsevernet må etterstrebe individuelt tilpasset antipsykotisk behandling som blant annet tar hensyn til personens psykosesymptomer, bivirkninger, psykologiske og somatiske forhold, genetikk, pårørende og øvrige sosiale forhold. Dette er i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for psykosebehandling. Andelen som får tilbakefall av psykotiske symptomer hvis personen slutter å ta antipsykotiske legemidler varierer til en viss grad, men de fleste studier finner at risiko for tilbakefall reduseres med mer enn 50 prosent ved god antipsykotisk behandling (Correll et al., 2022). Flere avbrudd i bruk av antipsykotiske legemidler i løpet av de første par årene etter symptomdebut antas å kunne gi flere tilbakefall og medføre lengre tid før personen kommer seg ut av neste psykotiske episode.

### 11.2.5 Betydningen av ikke-medikamentelle tiltak

I tråd med gjeldende retningslinjer for psykosebehandling innebærer individuelt tilpasset behandling mer enn medisinering og tvangsbruk. En artikkel av Khan fra 2022 viser at kognitiv terapi har effekt på å redusere impulsiv aggresjon hos innlagte personer med schizofrenilidelse og en voldshistorikk (Khan et al., 2022). Tilsvarende har man for eksempel ved St. Olavs hospital tilbudt et kognitivt basert behandlingstilbud til pasienter med forhøyet voldspotensial innlagt på sikkerhetsavdelingen (Brøsetmodellen). Et bredt behandlingstilbud

med en helhetlig tilnærming til psykiske lidelser kan bidra til å fremme personlige, sosiale og relasjonelle aspekter ved personens liv. Personer med psykoselidelser kan ha svært ulike symptombilder og dermed også hjelpebehov, som behandlingstilbudet må ta høyde for.

For personer med alvorlig psykisk lidelse og et forhøyet voldspotensial, finnes det en rekke tiltak for oppfølging i kommune- og spesialisthelsetjenesten som bør inngå i et individuelt tilpasset plan for behandling og oppfølging. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Psykologforeningen kommer med flere konkrete oppfølgingsalternativer i sine innspill til utvalget. Ifølge innspillet til NAPHA er forsterkede kommunale bo- og tjenestetilbud og oppsøkende behandlingsteam (FACT Sikkerhet), som går på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, viktig for å sikre en god struktur rundt pasienten i et langsiktig forebyggende perspektiv. I den løpende kontakten med pasienten er personalets kliniske kompetanse sentral, og kan sikres systematisk ved for eksempel Early Recognition Method (ERM) og Møte med aggresjon (MAP). Både NAPHA og Psykologforeningen fremhever betydningen av å forankre tvangsforebygging i kommunale tjenester. De viser til en forskningsbasert kommunal intervensjon (Reducing Coercion in Norway (ReCoN)) som retter seg mot ledelse og monitorering av data, brukermedvirkning, pårørendeinvolvering, kompetanseheving på flere områder, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene og innad i kommunen samt individuell tilpasning av tjenester (Wormdahl et al., 2022). Utvalget støtter disse forslagene til tiltak, og mener et bredt og tilpasset tilbud i kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre behandling og dermed også bedre ivaretakelse av samfunnsvernet.

### 11.2.6 Har behandling betydning for fare for andre?

På bakgrunn av gjennomgangen av oppdatert kunnskap på feltet, mener utvalget at det er grunnlag for å si at behandling kan redusere et forhøyet voldspotensial hos det fåtallet av personer med alvorlig psykisk lidelse hvor dette er aktuelt. Avveiningen mellom retten til selvbestemmelse og ivaretakelse av samfunnsvernet kan etter gjeldende lovverk i noen tilfeller tilsi et behov for tvangsbruk for å sikre nødvendig behandling.

I sitt innspill til utvalget, uttrykker We Shall Overcome (WSO) bekymring for måten personer med alvorlig psykisk lidelse og voldspotensial blir omtalt i samfunnet. WSO påpeker at et narrativ om at «hvis vi bare hadde hatt mulighet til å bruke tvang ville tragediene vært forhindret. Det forsterker frykten for «de farlige psykisk syke» som må kontrolleres for samfunnets trygghet. Det gir grobunn for fordommer som forsterker utenforskap og hindrer inkludering i samfunnet, og forsterker problemet heller enn å løse det.» Utvalget anerkjenner disse betraktningene, og mener at bedre ivaretakelse av samfunnsvernet i det psykiske helsevern krever endringer på flere nivå og at bruk av tvang i noen tilfeller inngår for å sikre nødvendig behandling. Utvalget vil samtidig påpeke at man ikke kan fornekte at alvorlig psykiske lidelser finnes, som psykoser med realitetsbrist, og at helsetjenesten har en plikt til å ivareta personer som har mistet grepet om virkeligheten.

## 11.3 Samfunnsvernet i det sivile psykiske helsevernet

Hovedformålet for behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse er at de skal fungere bedre. Adekvat behandling kan bidra til å forhindre alvorlige voldshandlinger for det fåtallet av disse personene hvor det er aktuelt. Behandling kan være et viktig bidrag til å forhindre at personen blir involvert i forhold som senere kan få store konsekvenser for vedkommende. Etter utvalgets syn er det kostnadseffektivt for samfunnet om personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial får behandling for å forebygge alvorlige voldshandlinger.

Samtidig kan det vanskelig både å forutsi voldshandlinger og vurdere hva som er nødvendig behandling i det enkelte tilfellet. Dette er en pasientgruppe som ofte vil være bosatt i kommunen og være brukere av kommunale helsetjenester. Likevel bør behandling av personer med alvorlig sinnslidelse og et forhøyet voldspotensial, om nødvending med tvang, være en oppgave der spesialisthelsetjenesten har et betydelig ansvar.

Den enkelte har som utgangspunkt rett til å la sin helse forfalle og ikke følge råd om behandling – med mindre vedkommende mangler beslutningskompetanse. Når det gjelder fare for andres liv eller helse er situasjonen en annen. Helsepersonells oppgave blir da å begrense den enkeltes frihet til fellesskapets beste. Når en pasient henvises til tvungent vern plikter den vektaksansvarlige å vurdere om vedkommende utgjør en fare for andre. Også for pasienter som følges opp frivillig bør behandlere vurdere eventuelt voldspotensiale som del av oppfølgingen. En farevurdering består av en klinisk voldsrisikovurdering basert på en bred belysning av pasientens livshistorie, sykehistorie, aktuell klinisk tilstand og aktuell situasjon. I tilfeller av forhøyet voldsrisiko danner vurderingen grunnlaget for en nærmere kartlegging av voldsrisikoen og utarbeidelse av en risikohåndteringsplan. En slik utredning kan være krevende å få til tidlig i et behandlingsforløp, da den er avhengig av god informasjon om pasienten. En risikohåndteringsplan beskriver både tegn til forverring av pasientens lidelse og tidligere kliniske tegn og situasjoner hvor vold har oppstått. Risikohåndteringsplanen forutsetter at ulike instanser bidrar: pasienten selv, pårørende, spesialisthelsetjenesten, tjenesteytere i bolig og eventuelt NAV og politi.

### 11.3.1 Etiske betraktningene om tvang ved fare i psykisk helsevern

Selv om tvang i psykisk helsevern i utgangspunktet oppfattes som uønsket fordi det begrenser den enkeltes autonomi, kan det samtidig være riktig og nyttig for personer som ikke selv kan ta imot nødvendig helsehjelp og som eventuelt kan utgjøre en risiko for seg selv og andre. De etiske betraktningene for tvangsbruk av hensyn til andre skiller seg fra tvangsbruk av hensyn til pasientens selv, og den etiske avveiningen må avspeile dette. Begrensninger i pasientens autonomi i tilfeller hvor den går utover andres frihet eller rettigheter er primært begrunnet i rettferdighetsprinsippet. Utgangspunktet for rettferdighetsprinsippet er at alle har lik rett til å utøve sin autonomi. I tilfeller hvor tvangsbruk overfor enkeltpersoner er den beste måten å unngå skade på andres interesser, vil prinsippet om å respektere pasientens autonomi tillegges mindre vekt (Pedersen, 2020). Denne avveiningen mellom pasientens autonomi og samfunnsvernet ved bruk av tvang, kan være krevende. På den ene siden kan tvang begrunnes med at den enkelte ikke kan ivareta sitt eget beste på grunn av en psykisk lidelse. På den andre siden skal tvangsbruken til det psykiske helsevernet forvalte både den enkeltes selvbestemmelse og fellesskapets beste (Syse, 2019b). Andre tar til orde for at det ut fra et menneskerettslig perspektiv er diskriminerende å utsette noen for tvang med en psykisk lidelse som begrunnelse.

### 11.3.2 Voldsrisikovurderinger og risikohåndteringsplan

Utvalget mener at ivaretakelse av samfunnsvernet i psykisk helsevern forutsetter grundige voldsrisikovurderinger der det er aktuelt. Ifølge nasjonale faglige råd om «Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse» fra 2018 inngår en strukturert klinisk vurdering av voldsrisiko som en viktig del av psykisk helsevern sitt arbeid med pasienten (Helsedirektoratet, 2018a). Å forutsi og forhindre aggresjon står sentralt i oppfølging og behandling av psykose. Målet med en voldsrisikovurdering er å legge et grunnlag for behandling og oppfølging som kan sikre et tryggere og bedre liv for pasientene og deres omgivelser. I vurderingen av pasientens

voldsrisiko må behandler veie hensynet til allmenn sikkerhet (samfunnsvernet) opp mot den enkelte pasients rett til selvbestemmelse. Utvalget vil understreke betydningen av klinisk kompetanse om voldsrisiko hos behandlere som skal gjøre disse vurderingene, og behovet for opplæring når slik kompetanse er mangelfull.

Et godt klinisk arbeid, inkludert en grundig sykehistorie, er sentralt for voldsrisikovurderinger. For å sikre at viktige elementer er med i voldsrisikovurderingen, bør også strukturerte verktøy benyttes. Etter en innledende kartlegging av voldsrisiko (for eksempel voldsrisiko sjekkliste-10 (V-RISK-10)), kan det være aktuelt å gjøre en mer omfattende risikoutredning. Relevante verktøy her er blant annet HCR-20, som består av tjue ledd, med ti om fortid («Historical»), fem om nåtid («Clinical») og fem om fremtid («Risk management»). En slik voldsrisikoutredning består både av en vurdering av risiko og hvordan denne skal håndteres. I en klinisk voldsrisikovurdering bør man vurdere hva som eventuelt kan utløse en voldsrisiko ved utskrivning og hvor sannsynlig det vil være. Det er viktig at man innhenter tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon, også fra pårørende, kommunale tjenester og politiet dersom dette er mulig og relevant. Risikoscenarier som har utløst fare tidligere er av betydning for en risikovurdering. Rusmiddelbruk kan også være et sentralt moment i denne forbindelse. Utvalget er opptatt av at en grundig voldsrisikoutredning også omfatter forhold som indirekte er et resultat av personens psykoselidelse. Det kan være evne til å holde seg rusfri, evne til å opprettholde gode relasjoner, boevne, evne til å ta imot hjelp og veiledning og evne til aktivitet eller arbeid.

Utvalget mener, i likhet med Faay og Sommer i en oversiktsartikkel fra 2021, at det er krevende å forutsi voldrisikoen (Faay et al., 2021). Likevel kan en grundig voldsrisikovurdering bidra til å forhindre voldsepisoder. Vurderingen bør inneholde en beskrivelse og en vurdering av utløsende faktorer for tidligere voldsepisoder, impulsiv atferd, rusmiddelbruk, legemiddelbruk og atferdsforstyrrelser (Faay et al., 2021). Utvalget anerkjenner at forutsetningene for å få til en god voldsrisikovurdering i en innleggelsessituasjon gjerne ikke er optimale. Akutt uro eller trusler i forbindelse med innleggelsen kan gi grunnlag for å anta en akutt voldsrisiko. En grundigere voldsrisikovurdering vil ofte avhenge av å innhente komparentopplysninger.

Voldsrisikovurderingen kan være særlig krevende ved manglende kjennskap til pasienten. Registerdata om tvangsinnleggelser i psykisk helsevern tyder på at pasientene i mer enn halvparten av tilfellene kommer via legevakt (se omtale i kapittel 9). Resultatet bekreftes i en undersøkelse blant 829 allmennleger som Kompetansesenteret for frivillighet og tvang utførte på vegne av utvalget i april 2023 (se omtale i kapittel 2). Her svarer også over halvparten av allmennlegene at de som regel ikke er godt kjent med pasienter de henviser til tvangsinnleggelse. Legevaktsleger vil ofte ha for lite informasjon til å kunne gjøre en voldsrisikovurdering i forbindelse med en akuttinnleggelse til psykisk helsevern. I tillegg har allmennleger gjerne begrenset erfaring med å vurdere fare. Dersom pasienten er kompetent, er det likevel nødvendig at henvisende lege identifiserer og vurderer fare dersom pasienten skal kunne henvises videre for tvungent vern. Dette viser sårbarheten i portvokterfunksjonen allmennleger har i forbindelse med tvang i psykisk helsevern. Også spesialisthelsetjenesten har begrenset tid til å gjøre grundige voldsrisikovurderinger av ukjente pasienter, da vurderingen må gjøres innen 24 timer etter at vedkommende er kommet til institusjonen.

Utvalget mener at en risikohåndteringsplan bør inngå som en del av helsetjenestens oppfølging av pasienter med påvist forhøyet voldsrisiko. En risikohåndteringsplan skal identifisere hvordan fremtidig voldsrisiko kan reduseres, og utforme individuelle tiltak og oppfølgingsrutiner som er tilpasset den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2018a).

Risikohåndteringsplanen bør ses i sammenheng med pasientens kriseplan og individuelle plan dersom dette er utarbeidet. I sin rapport «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» fra januar 2023, påpeker Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) at helsepersonell bør bruke risikohåndteringsplanen ved utskriving til videre oppfølging i poliklinikk og i kommunehelsetjenesten (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Dette bør gjøres både for pasienter som skal være på TUD og pasienter som skrives helt ut fra tvungent vern, dersom forhøyet voldsrisiko kan foreligge ved forverring. Utvalget støtter disse vurderingene, og mener at både voldsrisikovurderinger og risikohåndteringsplaner er viktige for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og ivaretakelsen av samfunnsvernet.

## 11.4 Farevilkåret i psykisk helsevernloven etter 2017

### 11.4.1 Innspill til utvalget om farevilkåret

Ifølge tall fra Norsk pasientregister (NPR), har det vært noe økning i bruk av farevilkåret som grunnlag for døgnopphold på tvungent psykisk helsevern etter 2017. Økningen gjelder særlig fare for andre (se punkt 6.5.3). I rapporterte tall for 2020 var fare for andre angitt som et relevant vilkår for 665 personer. Dette tilsvarer om lag 10 prosent av de pasientene som i løpet av 2020 hadde vært underlagt tvungent vern. Denne økningen i bruk av farevilkåret etter lovendringene er også beskrevet i innspillet til Akuttnettverket, som gjennomførte en spørreundersøkelse om lovendringene blant helsepersonell i psykisk helsevern.

Helse Førde HF påpeker, i et felles innspill til utvalget fra Helse Vest RHF, at samfunnsvernet i utgangspunktet ikke ble svekket av vilkåret om manglende samtykkekompetanse ettersom det er uavhengig av farevilkåret. I innspillet fremhever Helse Førde HF at farevilkåret kan være tidkrevende å vurdere med innhenting og vurdering av opplysninger fra ulike involverte parter. Dersom farevilkåret ikke har blitt vurdert tidlig i forløpet, kan det føre til at det ikke blir tatt stilling til i forbindelse med gjenvunnet kompetanse og et påfølgende opphørsvedtak, ifølge Helse Førde HF. I en annen del av innspillet fra Helse Vest RHF, etterlyser Helse Fonna HF en ytterligere klargjøring av hvordan farevilkåret skal forstås som unntak fra samtykkevilkåret, og særlig hva som ligger i begrepene «nærliggende og alvorlig».

I et felles innspill til utvalget fra Helse Sør-Øst RHF, oppsummerer Sykehuset Østfold HF utfordringer knyttet til samfunnsvernet med at:

> Fare-kriteriet er dårlig definert. Det finnes lite veiledning og lite praksis (rettsavgjørelser). Dette gir både stor usikkerhet hos behandlere (ubehagelige, usikre avgjørelser), og uønsket ulik behandling (både fra vedtaksansvarlig til vedtaksansvarlig og sikkert også fra helseregion til helseregion).

I sitt innspill til utvalget, erfarer Ressursgruppen for kontrollkommisjonene i psykisk helsevern at «farekriteriet i større grad enn før blir påberopt som grunnlag for etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, men at begrunnelse og dokumentasjon knyttet til anvendelsen av farekriteriet ofte fremstår som mangelfull.» Videre antar ressursgruppen i sitt innspill at hensynet til samfunnsvernet kan ivaretas bedre ved at farevilkåret oftere blir påberopt i kvalifiserte tilfeller. Ifølge ressursgruppen forutsetter dette at faglig ansvarlig har tilgang til relevant informasjon fra ulike aktører. Ressursgruppen erfarer faglig ansvarlig i liten grad gjør nødvendige anstrengelser for å utrede og eventuelt begrunne at pasienten oppfyller farevilkåret.

Også statsforvalterne problematiserer at farevilkåret ikke blir brukt slik det skal. Statsforvalteren i Vestland påpeker at ettersom pasientene har oppnådd mer autonomi, er det nå særs viktig at behandlerne benytter farevilkåret der det er relevant. Det uttrykkes bekymring for at behandlere vegrer seg for å benytte seg av farevilkåret for vedtak om tvungen behandling, og at vilkåret benyttes for sjeldent. Statsforvalteren i Rogaland ser at vedtaksansvarlig sjeldent argumenterer tilstrekkelig for farevilkåret. Statsforvalteren i Trøndelag mener at terskelen for å gi behandling etter phvl. § 4-4 med «nærliggende og alvorlig fare for eget liv» som begrunnelse er for høy, og spesielt sammenlignet med gjeldende praksis for bruk av tvang ved somatiske sykdommer. Derimot har de en oppfatning om at når det gjelder fare for andres liv eller helse, vil vilkåret som regel bli vurdert.

I sitt innspill til utvalget, problematiserer Tvangsforsk det å knytte samtykkekompetanse opp mot samfunnsvern uten samtidig å se på andre faktorer. De skriver at:

> Rusproblematikk synes å spille en vesentlig større rolle enn andre former for psykisk lidelse. Rusproblematikk berøres imidlertid ikke av samtykkekompetanse-begrepet, og det er generelt vanskelig å se hvordan samtykkekompetanse kan være en virkningsfull faktor i arbeidet med å verne samfunnets borgere mot voldskriminalitet.

Ifølge evalueringen fra SME (se omtale i punkt 2.5.1), trakk flere informanter frem at det har vært en senket terskel for å berope fare for andre de siste årene. Den senkede terskelen for fare for andre ble knyttet til økt oppmerksomhet rundt samfunnsvern og at pasienter som var vurdert som samtykkekompetente kunne unndra seg nødvendig helsehjelp dersom fare ikke ble vurdert. Det ble også trukket frem en økt vektlegging av andres helse i farevurderingen, og at faren for barns psykiske helse ved å bo sammen med en psykotisk foresatt hadde fått særlig mye oppmerksomhet. Disse informantene mente at den juridiske terskelen for å oppfylle farevilkåret nå var lavere enn hva de tidligere hadde lagt til grunn i sin praksis. Samtidig påpekte flere informanter i SME-evalueringen at fare for andre var vanskelig å vurdere. De sammenliknet farevurderingen med selvmordsrisikovurderinger, hvor vedtaksansvarlige skulle predikere pasientens fremtidige atferd på ofte usikkert grunnlag.

Informanter fra tilsynsorganene mente at voldsrisikoutredningene i psykisk helsevern var av gjennomgående dårlig kvalitet, men anerkjente samtidig at det var krevende å vurdere betydningen av tidligere voldsepisoder. Dette er i tråd med Ukoms funn i rapporten «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» fra januar 2023 som sier at «for behandlere er det krevende å ta stilling til hvor langt tilbake en voldshendelse kan ligge for at den fortsatt skal kunne tas inn i vurderingen av farevilkåret» (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Utvalget anerkjenner disse utfordringene, og viser til omtalen av at faren må være «nærliggende og alvorlig» nedenfor.

Ukom fremhever videre i sin rapport fra 2023 at vurdering av farevilkåret krever oppdatert informasjon, og at pårørende, kommunehelsetjenesten og politi kan ha viktige opplysninger for denne vurderingen (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Samtidig kan de sammensatte bestemmelsene om taushetsplikt gjøre helsepersonell usikre på hvilke muligheter lovverket gir for slik informasjonsutveksling. Utvalget mener farevurderinger av god kvalitet forutsetter tilstrekkelige komparentopplysninger. Samtidig mener utvalget at avveiningen mellom hensynet til taushetsplikten og samfunnsvernet er krevende, og at bestemmelsene om taushetsplikt skal ivareta en rekke hensyn. Utvalget viser her til begrunnelsen for det foreslåtte tiltaket om å utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser i punkt 13.5.3.

### 11.4.2 Handlingsrommet i «fare for andres liv eller helse» etter psykisk helsevernloven

Samfunnsvernet er den sentrale begrunnelsen for at nærliggende og alvorlig «fare for andres liv eller helse» sammen med «alvorlig sinnslidelse» kan danne grunnlag for tvungent vern etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Utvalget viser til gjennomgangen av farevilkåret i punkt 3.6.3 og ser behov for å gi utdypende kommentarer angående handlingsrommet i «fare for andres liv eller helse». Formålet er ikke å senke terskelen for farevilkåret, men å gi en beskrivelse av rettskildebildet.

Utvalget mener at «fare for andres liv eller helse» gir et tilstrekkelig handlingsrom for å ivareta både hensynet til pasientens autonomi og til samfunnsvernet. Etter utvalgets syn er terskelen for å anvende farevilkåret høyere i klinisk praksis enn rettskildebildet tilsier. På denne bakgrunnen mener utvalget at den kliniske og juridiske forståelsen av handlingsrommet i farevilkåret burde harmonere bedre enn det som synes å være gjeldende praksis.

Utvalget vil bemerke at dersom en person med alvorlig sinnslidelse benekter eller bagatelliserer en voldshistorikk, kan dette også få betydning for kompetansevurderingen. Dette gjelder særlig konsekvensene av behandlingsnektelse i vurderingen av forståelseskravet etter pbrl. § 4-3 andre ledd som beskrevet i punkt 4.4.

#### Nærliggende og alvorlig

Høyesterett tok stilling til farevilkåret i HR-2014-1799-A, som gjaldt begjæring om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3) av en pasient med enkel schizofreni. I drøftelsen av farevilkåret (avsnitt 49), fremhever Høyesterett at pasienten høyst sannsynlig vil kutte kontakten med det psykiske helsevernet dersom han blir utskrevet. Høyesterett mente at den ukentlige oppfølgingen han fikk av erfarne fagfolk under tvungent vern kunne fange opp en utvikling av psykotiske symptomer som kunne utløse nye voldshandlinger. Etter Høyesteretts mening var derfor videre tvungent psykisk helsevern nødvendig for å forhindre «nærliggende og alvorlig» fare for andre. Hensynet til samfunnsvernet ble også trukket inn i helhetsvurderingen av at fortsatt tvungent psykisk helsevern var den klart beste løsningen for pasienten etter dagjeldende phvl. § 3-3 nr. 6.

For at farevilkåret skal være oppfylt, må faren for det første være «nærliggende». Ut fra forarbeider og rettspraksis må faren være reell, konkretiserbar og påregnelig. Det vil si at den har vist seg tidligere eller er dokumenterbar på andre måter. Ved vurderingen av fare vil det være naturlig å se hen til tidligere episoder med vold eller trusler, og hvordan pasienten forholder seg til slike handlinger på vurderingstidspunktet. Høyesterett påpeker i Rt. 2001 s. 1481 (s. 1487) at det i «nærliggende» ikke ligger et bestemt tidskrav for når faren vil oppstå. Farevilkåret skiller seg her fra tidskravet for forverring i behandlingsvilkårets negative side (forverringsalternativet) (phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav a). Likevel vil tidsaspektet være relevant med tanke på den konkrete påregneligheten for faren på vedtakstidspunktet. Jo lengre tid som har gått siden relevante faresituasjoner, desto mindre påregnelig blir faren i fremtiden (Helsedirektoratet, 2017c). Eksempelvis kan en person ha vært til stor fare for andre i forbindelse med en tidligere psykotisk episode. Dersom det er høy sannsynlighet for at vedkommende vil komme inn i samme psykotiske tankemønster uten tvungent psykisk helsevern, kan farevilkåret være oppfylt. Vurderingen av om farevilkåret er oppfylt vil bero på en konkret vurdering, blant annet hvor lang tid som har gått siden den psykotiske episoden som medførte tidligere fare. Samtidig kan andre momenter enn tid være relevant for om faren er påregnelig, som at pasienten har fått en endret forståelse for hva voldshandlingene betyr og et endret rusmiddelbruk. For det andre må faren som kan oppstå være «alvorlig», som tilsier et

kvalifisert skadepotensial. Kravet til «alvorlig» fare knytter seg altså til graden av fare som kreves for at vilkåret skal være oppfylt (Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998, s. 81).

### Fare for andres liv eller helse

«Fare for andres liv» omfatter fare for livstruende voldshandlinger mot andre. «Fare for andres helse» omfatter både fysisk og psykisk helse. Ved fare for legemskrenkelse mot andre, vil det ifølge forarbeidene til psykisk helsevernloven måtte være en «legemskrenkelse som overstiger det rent bagatellmessige og som får mer håndgripelige følger» ((Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998), punkt 7.3.4.2). Legemskrenkelse var en fellesbetegnelse i straffeloven av 1902 for legemsfornærmelse (kroppskrenkelse) og legemsbeskadigelse (kroppsskade). At kroppskrenkelser også er omfattet, taler for en relativt lav terskel for at farevilkåret kommer til anvendelse. Forarbeidene påpeker samtidig at vanskene med å forutsi fare hos personer med alvorlig sinnslidelse taler for en streng utforming av farevilkåret ((Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), 1998), punkt 7.3.4.2). Farevilkårets utforming i någjeldende phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav b er en innstramming sammenliknet med 1961-loven, hvor det var tilstrekkelig med «vesentlig» fare. Hvor terskel for farevilkåret ligger, er dermed ikke entydig ut fra forarbeidene.

Økt fare for andre som følge rusmiddelbruk blir trukket inn som et moment i farevurderinger. I nevnte Rt. 2001 s. 1481 påpeker Høyesterett at pasientens bruk av alkohol og faren for at han slutter å ta antipsykotiske legemidler uten tvungent vern, gjør at pasienten igjen kan bli psykotisk. På bakgrunn av pasientens voldshistorikk mener Høyesterett at farevilkåret er oppfylt. Høyesterett trekker også inn pasientens rusmisbruk som del av voldsrisikoen og dermed vurderingen av at farevilkåret er oppfylt i nevnte HR-2014-1799-A. I LE-2018-98244, som gjaldt begjæring om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern av en pasient med paranoid schizofreni, fremhever Eidsivating lagmannsrett at «rusmisbruket er også en særlig risikofaktor, i tillegg til de symptomer lidelsen i seg selv gir, og forhøyer voldsrisikoen ytterligere». Borgarting lagmannsrett trekker også inn rusmiddelbruk i farevurderingen i LB-2019-1930, som gjaldt begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern for en pasient med paranoid schizofreni og rusmiddelmisbruk. I dommen påpeker Borgarting lagmannsrett at det «ut fra tidligere epikriser må legges til grunn at risikoen for vold øker betydelig dersom A bruker rusmidler». Ut fra lagmannsrettspraksis kan rusmiddelbruk som fører til økt voldsrisiko hos personer med alvorlig sinnslidelse trekkes inn som et moment i vurderingen av fare for andre.

Fare for andres psykiske helse kan være fare for psykiske reaksjoner som følge av trusler, stalking og lignende. Det kan også gjelde en fare for barns psykiske helse som følge av atferden til en forelder med psykotiske symptomer (Helsedirektoratet, 2017c). Utvalget er ikke kjent med at Høyesterett har uttalt seg nærmere om fare for andres psykiske helse, og har derfor sett på relevant praksis fra lagmannsretten for å komme nærmere innholdet.

Agder lagmannsrett gikk nærmere inn på fare for andres psykiske helse i LA-2022-179864, som gjaldt begjæring om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern. I forkant av forrige innleggelse hadde pasienten slått og revet i håret til tilfeldig forbipasserende. Lagmannsretten bemerket at «selv om ingen av voldsofrene fikk alvorlige fysiske skader, er potensialet for skade ved slag mot hodet stort. Det er dessuten en alvorlig psykisk belastning å bli utsatt for et uforutsett angrep». Lagmannsretten viste også til slag mot behandler og fremsatte drapstrusler overfor pårørende og helsepersonell. Lagmannsretten kom til at fare for andres psykiske helse var oppfylt i tillegg til forverringsalternativet (phvl. § 3-3 nr. 3), og at vilkårene for fortsatt tvungent psykisk helsevern var til stede. Anke til Høyesterett ikke tillatt fremmet (HR-2023-776-U). Selv om lagmannsrettspraksis har begrenset rettskildemessig vekt, mener

utvalget likevel at lagmannsrettens forståelse taler for en relativt lav nedre terskel for at fare for andres psykiske helse skal anses oppfylt.

Eidsivating lagmannsrett påpeker i nevnte LE-2018-98244 at «i og med at også den psykiske helsen omfattes, kan fare for trusler mot andre være tilstrekkelig til å konstatere at vilkåret er oppfylt, selv om ikke faren for at truslene skulle etterfølges av handling er like stor.» Videre påpeker Gulating lagmannsrett i LG-2020-158658, som gjaldt begjæring om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern av en pasient som hadde fått ulike diagnoser, at «siden farekriteriet angir en risikovurdering, må det være tilstrekkelig at trusselsituasjonene er egnet til å medføre psykiske reaksjoner ut over et psykisk ubehag, for eksempel en engstelse for at pasienten kan gjøre alvor av truslene.» Anken til Høyesterett ble ikke tillatt fremmet (HR-2021-555-U). Lagmannsrettspraksis taler her for at trusler som egner seg til å gi psykiske reaksjoner av en viss kvalitet, er tilstrekkelig for at farevilkåret er oppfylt. Utvalget mener at praksisen fra lagmannsretten harmonerer med den relativt lave terskelen å anvende farevilkåret som fremgår av forarbeidene.

### 11.4.3 Farevilkåret ble aktualisert av samtykkevilkåret

Innføringen av samtykkevilkåret i 2017 har aktualisert farevilkårets rolle i psykisk helsevern. Det følger av Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven at «[e]n kan anta at faglig ansvarlig, kontrollkommisjonene og domstolene frem til nå har unnlatt å vurdere farevilkåret eller lagt mindre vekt på dette vilkåret, dersom fare har vært mangelfullt dokumentert og pasienten uansett har oppfylt behandlingsvilkåret» (Helsedirektoratet, 2017c). Dette underbygges av en evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak fra Oxford Research fra 2017. Ifølge evalueringen fremgår det av flere kontrollkommisjonsvedtak at både forverrings- og farevilkåret syntes å være oppfylt hos flere pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, selv om det bare var forverringsvilkåret som fremgikk av vedtaket (Oxford Research, 2017). Utvalget erfarer at behandlingsvilkåret i lengre tid har vært det foretrukne tilleggsvilkåret i forbindelse med vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette synes blant annet å ha vært begrunnet i et ønske om å unngå å stigmatisere pasienten unødig og for å ivareta behandlingsalliansen. Et slikt underforbruk av farevilkåret kan få betydning for det videre tvungne vernet ettersom en samtykkekompetent pasient fortsatt kan være underlagt tvang ved en overgang fra behandling til fare som begrunnelse for vernet (Syse, 2019b). Et sannsynlig underforbruk av farevilkåret kan også ha gjort at helsepersonell har begrenset erfaring med voldsrisikovurderinger. Gitt usikkerheten forbundet med vurdering av voldsrisiko og dermed farevilkåret, kan det være krevende for helsepersonell å konkludere med fare.

Departementet påpeker i forarbeidene til lovendringene i 2017 (Prop. 147 (2015–2016)) at en eventuell økning i bruken av farevilkåret som følge av samtykkevilkåret vil kunne være legitim for pasienter som oppfyller vilkåret, men hvor den vedtaksansvarlige tidligere har valgt å bruke behandlingsvilkåret (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Utvalget erfarer at var det mye fokus på ivaretakelse av pasientens autonomi i forbindelse med lovendringene i psykisk helsevernloven i 2017. Konsekvensene for andre av pasientens behandlingsnektelse ble i mindre grad tematisert. Dette gjaldt også den økte belastning for pårørende og potensielle konsekvenser for samfunnsvernet som var en konsekvens av lovendringene.

Ukoms nevnte rapport om Kongsberg-saken påpeker at «[m]anglende bruk av farevilkåret kan føre til at helsehjelpen blir avbrutt på et for tidlig tidspunkt. Dersom bare samtykkekompetansen er vurdert ved innleggelse, kan pasienten avslutte behandlingen så snart pasienten er blitt samtykkekompetent igjen» (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Utvalget støtter disse betraktningene, og mener derfor at

det er viktig å gjøre en vurdering av både voldsrisiko og beslutningskompetanse ved oppstart av et behandlingsforløp. Man kan heller ikke utelukke at enkelte personer kan bli farligere i perioder hvor de er mindre psykotiske og dermed har større evne til å gjennomføre voldshandlinger. Dette kan medføre at den vedtaksansvarlige først finner at behandlingsvilkåret er oppfylt, og senere ser at også farevilkåret er det. Psykisk helsevern har ansvar for å informere pasienten om at vedkommende er vurdert å kunne utgjøre en fare for andre. Utvalget mener dette kan være en viktig forutsetning for det videre behandlingsforløpet.

Utvalget mener at innføringen av samtykkevilkåret i 2017 har aktualisert farevilkårets rolle i psykisk helsevern. Dette stiller økte krav til helsepersonells kompetanse i å vurdere både voldsrisiko og farevilkåret. Utvalget anbefaler derfor å presisere plikt til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd, og eventuelt vurdere farevilkåret dersom voldsrisikoen er forhøyet (se omtale i punkt 13.5.4).

Ifølge registerdata-analysene vil om lag 40 prosent av pasientene ikke ha noen videre poliklinisk kontakt med psykisk helsevern den første måneden etter utskriving. I de tilfellene der pasienten ble henvist for innleggelse under tvungent vern, men skrives ut uten at tvungent vern etableres, er denne andelen over 50 prosent, og reinnleggelsesandelen er høy (se omtale i kapittel 8). Utvalget er opptatt av at alle utskrivninger av pasienter med alvorlig psykisk lidelse bør foregå i tett samarbeid mellom pasient, nærmeste pårørende og spesialist- og kommunehelsetjenesten. Ansvarsgrupper, utskrivningsplan (inkludert risikohåndteringsplan) og nødvendige sosiale tjenester bør helst være etablert før utskrivning. Det store antallet reinnleggelser og de høye andelene som ikke følges opp av psykisk helsevern etter akuttbehandling, kan tyde på at samhandling i forbindelse med utskrivelse ikke er tilstrekkelig ivaretatt for en relativt stor pasientgruppe. Mangelfull oppfølging ved ikke-etablering av tvungent vern innebærer risiko for at fare ikke blir fanget opp. Pasienter på TUD er den gruppen som følges tettest etter utskrivning, men ved opphør av TUD er det viktig at også farevilkåret er vurdert. Etter opphør av TUD vil en del pasienter ikke ha videre kontakt med psykisk helsevern og en eventuell forverring vil være vanskeligere å fange opp.

Utvalgets finner det nærliggende å se at utfordringene med å vurdere farevilkåret bunner i at voldsrisiko er vanskelig å forutsi. Klinikere kan oppleve det som faglig, juridisk og etisk betenkelig på usikkert grunnlag å vurdere en person til å være til fare for andre. Et annet spørsmål er hvilken risiko samfunnet er villig til å ta i møte med personer med alvorlig psykisk lidelse og mulig forhøyet voldspotensial.

## 11.5 Har lovendringene i 2017 ført til mer vold eller andre samfunnsmessige konsekvenser?

I de senere årene har flere aktører påpekt en bekymringsfull utvikling der personer med alvorlig psykisk lidelse i økende grad er involvert i alvorlige voldshendelser. Noen knytter også en slik uønsket utvikling til innføringen av samtykkevilkåret i 2017. Utvalget mener at utviklingstrekkene må ses i en større sammenheng. Etter utvalgets syn beror utviklingen etter 2017, både innen psykisk helsevern og i samfunnet ellers, på en rekke faktorer. Endringene i psykisk helsevernloven, herunder innføringen av samtykkevilkåret, er blant disse faktorene. I tråd med innspill fra et bredt spekter av aktører, er utvalget særlig bekymret for utviklingen de siste årene i det psykiske helsevernet med nedbygging av døgnkapasitet og sterk vekst i pasienttallet. Denne utviklingen kan ha rammet de sykeste pasientene som periodevis er i behov av døgnbehandling og som ellers er i behov av oppsøkende og spesialiserte tjenester. Dette er problematisert i kapittel 6 og 9, som beskriver en situasjon som tyder på at en

betydelig andel av de alvorligst syke har forløp preget av avbrudd og gjentatte akuttinnleggelser. Utvalgets vurdering er at mangelfull behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse kan ha konsekvenser for samfunnsvernet. Selv om mange pasienter kan ivaretas på en god måte gjennom tjenester som ACT- og FACT-team, vil ikke dette alltid være tilstrekkelig. Slik utvalget ser det, vil det i kortere eller lengre perioder fortsatt være behov for spesialiserte døgntilbud. Utvalgets forståelse er at det er et udekket behov for døgnplasser i psykisk helsevern, og at kapasiteten i oppsøkende tjenester rettet mot de sykeste synes å være for liten. Utvalget mener derfor at det bør utredes om den nåværende dimensjoneringen av ulike typer døgnplasser er hensiktsmessig og om ressursene i tjenesten benyttes på hensiktsmessig måte.

### 11.5.1 Politiets trusselvurdering av personer med alvorlig psykisk lidelse

Politiets trusselvurdering fra 2022 beskriver at det er sannsynlig med en økning i vold begått av personer med alvorlig psykisk lidelse fremover, og at det er mulig at antallet grove voldshandlinger fra denne gruppen kan øke (Politiet, 2022). Trusselvurderingen fremhever at en betydelig andel av disse gjerningspersonene har et problematisk rusmiddelbruk. Videre beskriver trusselvurderingen at gjerningspersonene ofte er uten tett oppfølging fra helsetjenesten eller at voldsepisoden skjer kort tid etter utskrivelse fra sykehus. Det fremgår at noen av gjerningspersonene i tidligere voldssaker hadde vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Trusselvurderingen nevner endringer i lovverket om tvungent psykisk helsevern som én av flere mulige årsaker til det politiet opplever som en økning i voldsutøvelse begått av personer med alvorlig psykisk sykdom. I tillegg blir halveringen av døgnplasser for voksne i psykisk helsevern de siste tjue årene og en forverring av den psykiske helsen til mange med psykiske vansker og rusmiddelproblemer under koronapandemien, trukket frem som mulige forklaringer på økning i vold i denne gruppen.

I politiets trusselvurdering fra 2023 fremgår det at vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser og problematisk rusmiddelbruk meget sannsynlig vil fortsette å utgjøre en betydelig trussel og at enkelte hendelser kan medføre tap av liv (Politiet, 2023). Som det vanligste beskriver trusselvurderingen trusler eller vold i akuttsituasjoner knyttet til gjerningspersoner med psykotiske symptomer eller ruspåvirkning. Videre påpekes det at gjerningspersonene i de alvorligste sakene ofte hadde hatt kontakt med politiet og helsetjenesten i forkant av voldshandlingen. Noen av gjerningspersonene har en voldshistorikk, og noen har en livskrise og forverring av sykdomsbildet på gjerningstidspunktet. I likhet med trusselvurderingen fra 2022, blir det også i 2023 fremhevet at noen tidligere har vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Trusselvurderingen fra 2023 beskriver både individuelle og samfunnsmessige årsaker til denne voldsutøvelsen: individuelle årsaker kan være «psykose og sykdomsforverring, rusbruk, livskriser, misnøye med myndigheter eller hjelpeapparat», mens årsaker i samfunnet kan være «manglende hjemmel til tvangsbruk og manglende kapasitet i helsetjenestene, eller ettervirkninger etter koronarestriksjoner» (Politiet, 2023). Politiets trusselvurdering for 2023 gjentar dermed ikke vurderingen av lovendringenes betydning fra 2022, og begrenser seg til at det kan skyldes manglende hjemmel for tvang eller kapasitet i tjenestene.

Maktmiddelutvalget har sett nærmere på forholdet mellom den beskrevne økningen i voldsutøvelse begått av personer med alvorlig psykisk lidelse og endringene i psykisk helsevernloven i 2017 i sin rapport «Politiets bruk av maktmidler» fra november 2022 (Maktmiddelutvalget, 2022). I rapporten fremgår det at utvalget finner at det er «lite som tilsier en tydelig årsakssammenheng mellom lovendringen og økningen i antall oppdrag som politiet

registrerer, og at det kan være mange andre årsaker til økningen i antall oppdrag, herunder reduksjonen av antall døgnplasser» (Maktmiddelutvalget, 2022). Rapporten trekker frem at omleggingen fra døgnplasser til ambulant og poliklinisk behandling over mange år kan ha gått særlig utover de mest alvorlig psykisk syke pasientene, hvor døgnbehandling fremdeles er viktig. Maktmiddelutvalget påpeker videre at det kan tenkes at en «for høy terskel for etablering av tvungent vern, og en for lav kapasitet på døgnplasser, fører til at pasienter må bli svært syke før de får behandling. Enkelte personer kan da utvikle så alvorlige symptomer at de utgjør en risiko for andre, og som dermed gjør det nødvendig med bistand fra politiet» (Maktmiddelutvalget, 2022).

### 11.5.2 Kripos-rapporten «Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser»

En rapport fra Kripos fra desember 2022 ser nærmere på utviklingen i voldslovbrudd, inkludert drap og drapsforsøk, blant personer med alvorlig psykisk lidelse i perioden 2011–2021 (Kripos, 2022). Kripos finner at personer med alvorlig psykisk lidelse utgjorde 30 prosent av de 495 gjerningspersonene i saker med drap eller drapsforsøk i perioden 2014–2021. Diagnosen var vurdert i forbindelse med judisiell undersøkelse. Når Kripos sammenlikner periodene 2014–2017 og 2018–2021, finner de at antallet gjerningspersoner med alvorlig psykisk lidelse var 53 prosent høyere i den siste perioden. Økningen i antallet gjerningspersoner uten alvorlig psykisk lidelse var til sammenligning 23 prosent. Videre fremhever også denne rapporten at de fleste gjerningspersonene som hadde begått drap eller drapsforsøk i perioden 2020–2021 hadde vært i kontakt med psykisk helsevern før gjerningstidspunktet. Mer enn to tredjedeler hadde tidligere hatt én eller flere innleggelser i psykisk helsevern i tiden før hendelsen.

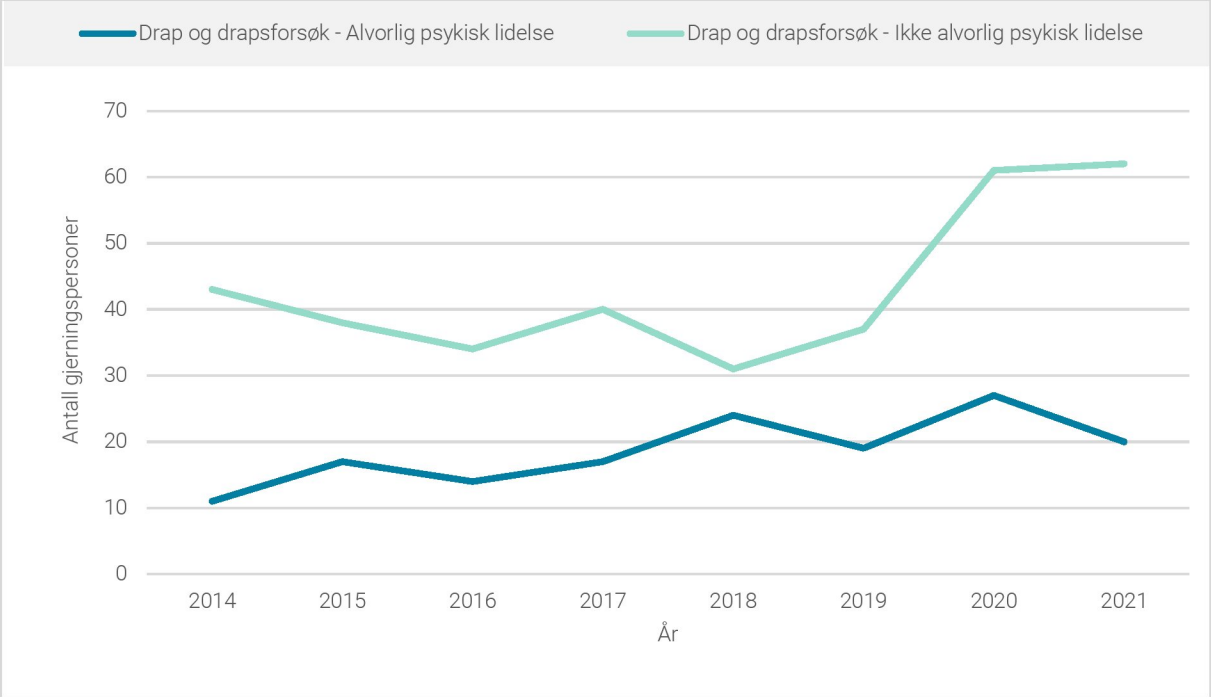
Kripos mener at innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i 2017, sammen med begrenset tilgang til døgnbehandling, er mulig forklaring på deler av økningen i voldsutøvelse blant personer med alvorlig psykisk lidelse de siste årene. I rapporten vises det til at personer med voldspotensial hyppig legges inn og skrives ut igjen fordi de gjenvinner samtykkekompetanse etter noe tid i behandling. Kripos' vurdering er at denne «svingdørsproblematikken» typisk gjaldt pasienter som ble innlagt i forbindelse med utagering eller vold, og gjerne i kombinasjon med en problematisk rusmiddelbruk. Slik Kripos ser det ble farevilkåret gjerne ikke vurdert oppfylt for disse personene, til tross for at flere av dem tidligere hadde utøvd vold og som regel hadde vært involvert i flere alvorlige straffbare forhold.

Utvalget vil påpeke at det at en person legges inn på tvang ikke trenger å bety at hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» er oppfylt, særlig ikke etter at rusvirkningen har avtatt. Det er nettopp denne vurderingen som helsetjenesten må gjøre. Utvalget vil derfor fremheve at korte opphold kan henge sammen med at personen ikke har en alvorlig sinnslidelse som gir grunnlag for tvungent vern, selv om vedkommende er utfordrende for politiet å håndtere.

I en kronikk fra februar 2023 er Fraas-Johansen og Karlsen kritiske til måten Kripos fremstiller tallmaterialet sitt på (Fraas-Johansen et al., 2023). De trekker frem at tallene for drap og drapsforsøk varierer fra år til år, og at dette blir tilslørt når Kripos konkluderer med at antallet gjerningspersoner med alvorlig psykisk lidelse var 53 prosent høyere i 2018–2021 enn i 2014–2017. De mener at Kripos bidrar til stigmatisering av personer med psykiske lidelser gjennom slik lettvint bruk av volds- og drapsstatistikk og at analysene ikke tar tilstrekkelig hensyn til tilfeldig variasjon og andre forhold av betydning for fortolkning av tallgrunnlagene. Utvalget støtter Fraas-Johansen og Karlsens kritikk av måten Kripos fremstiller volds- og drapsstatikken på.

Slik utvalget ser det, bygger Kripos på et for begrenset tallgrunnlag til å konkludere om forskjeller mellom perioden før og perioden etter lovendringene i 2017. Vurderingene til Kripos baserer seg delvis på andeler og små tall, og resultatene kan være drevet av statistiske tilfeldigheter. I figur 11.1 har utvalget laget en alternativ visning av utviklingen, men da basert på antall gjerningspersoner. Utvalgets vurdering er at denne alternative visningen ikke gir grunnlag for den samme bekymringen for utviklingen som det Kripos konkluderer med. I sin rapport bemerker dessuten også Kripos at den forskjellen som observeres ikke gjelder for drap, men for drapsforsøk. Samtidig anerkjenner utvalget betydningen av at personer med alvorlig psykisk lidelse utgjorde 30 prosent av det totale antallet gjerningspersoner i saker med drap eller drapsforsøk i perioden 2014–2021, og at dette i hovedsak var personer som var kjent for psykisk helsevern. Ut fra tallene kan det heller ikke utelukkes at andelen er økende. Det kan heller ikke utelukkes at noen av disse sakene kunne ha vært unngått dersom gjerningspersonen hadde blitt bedre ivaretatt av helsetjenesten.

Utvalget ser videre at både skriftlige innspill til utvalget, SME-evalueringen og registerdata-analysene gir støtte for Kripos' vurdering om at det finnes en gruppe pasienter i psykisk helsevern med gjentatte akutt- og tvangsinnleggelser. Etter utvalgets syn, er det behov for å se nærmere på slike forløp for å få mer kunnskap om hvilke pasienter dette gjelder og hvordan de kan ivaretas bedre. Vurderinger i politiets trusselvurderinger fra 2022 og 2023 taler for at dette er en oppgave politiet og helsetjenesten sammen burde gå inn i, og gjerne gjennom et felles forskningsprosjekt som involverer relevante fagmiljø fra både politi og helse (se punkt 13.5.2).



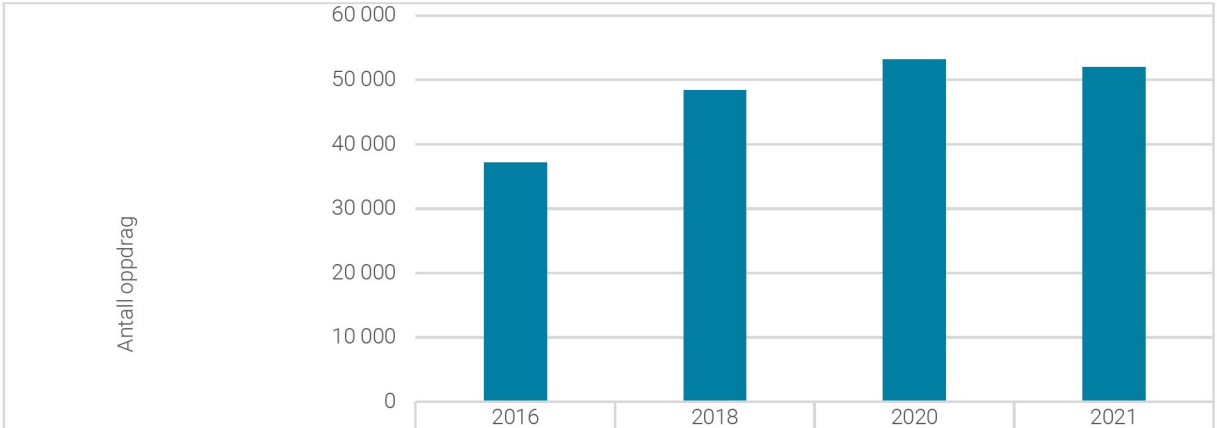

Figur 11.1: Utviklingen i antall gjerningspersoner med og uten alvorlig psykisk lidelse som har begått drap eller drapsforsøk i perioden 2014–2021 i faktiske tall.
Kilde: Kripos-rapporten

Samtidig ser utvalget med stor bekymring på antallet personer med alvorlig psykisk lidelse som har blitt drept av politiet de siste årene. Slik utvalget ser det, er det et tydelig behov for å avklare ansvarfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial (se punkt 13.5.2).

## 11.6 Har samtykkevilkåret ført til større involvering av politiet i psykisk helsevern enn tidligere?

Utvalget mener at det sannsynligvis har vært en økning i behov for bistand fra politi i det psykiske helsevernet etter 2017. Etter utvalgets syn, må involveringen av politiet i psykisk helsevern siden 2017 ses i sammenheng med spørsmålet om lovendringene har ført til mer vold eller andre samfunnsmessige konsekvenser i punkt 11.5 ovenfor. I tråd med utvalgets vurderinger i dette punktet, mener utvalget at samtykkevilkåret er én av flere faktorer som kan ha bidratt til større involvering av politiet i psykisk helsevern siden 2017.

Maktmiddelutvalgets nevnte rapport «Politiets bruk av maktmidler» fra november 2022 har en grundig gjennomgang av tallgrunnlaget for politibistand til psykisk helsevern (Maktmiddelutvalget, 2022). Tallgrunnlagene er hentet fra politiets operasjonslogg og gjengitt i figur 11.2, som synliggjør en tydelig vekst i antall politioppdrag i perioden 2016–2021. Tall fra politidistriktene viser at også andelen bevæpnede psykiatrioppdrag øker noe fra 3,9 prosent i 2016 til 5,4 prosent i 2020 (Aarseth, 2021). Ut fra Politidirektoratets «Evaluering av bevæpningspraksis basert på bevæpningsordre i politioperativt system (PO)» fra 2017 ser det ut til å ha vært en noe tilsvarende vekst i både bevæpnede og ubevæpnede psykiatrioppdrag også før 2016 (Politidirektoratet, 2017).




| | 2016 | 2018 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|
| Antall oppdrag | 37 130 | 48 407 | 53 219 | 51 987 |
| Bistand helsevesenet | 11 425 | 15 096 | 17 423 | 18 377 |
| Transport psykiatri | 1 254 | 1 439 | 1 898 | 1 932 |
| Fremstilling lege | 5 115 | 8 489 | 8 947 | 9 069 |
| Suicidal/ savnet suicidal/ selvskading | 6 238 | 9 553 | 10 966 | 10 001 |
| Andre psykiatrioppdrag | 18 959 | 22 811 | 23 603 | 23 586 |

Figur 11.2: Psykiatrioppdrag hos politiet i perioden 2016– 2021 og rapporterte koder for oppdragstype.
Kilde: Politiets operasjonslogg (POD).

Note: Hvert oppdrag kan ha flere koder for oppdragstype. Disse er gjengitt i tabellen. Kodepraksis er endret i perioden, og det er i gjennomsnitt rapportert flere koder per oppdrag i 2021 enn det var i 2016. Tallene må fortolkes i lys av dette.

Å fortolke tallgrunnlagene fra politiets operasjonslogg er ikke uproblematisk. Figuren viser det totale antallet oppdrag kodet med én eller flere koder for psykiatri og inneholder i tabellform også informasjon om utviklingen for ulike koder. Hvert oppdrag kan ha flere koder, og det er ikke entydige føringer for bruk av de ulike kodene. Tallgrunnlaget er dermed ikke kvalitetssikret eller utviklet for statistikkformål, og det vil være knyttet usikkerhet til fortolkning av materialet. Dette gjelder spesielt vurdering av utvikling per kode eller type oppdrag som vil være påvirket av eventuelle endringer i kodepraksis. En ytterligere utfordring i å tolke disse tallene er at politiets rapporter ikke skiller mellom problemstillinger direkte relatert til psykiske lidelser, og

hva som er relatert til avvikende atferd på grunn av blant annet rusmiddelbruk. Også epidemiologien knyttet til rusmiddelbruk er i sterk endring, for eksempel gjennom økt tilgang på metamfetamin og andre syntetiske stoffer. Det kan også tenkes å ha vært en endring i kulturen blant helsepersonell der terskelen for hva man selv håndterer av aggresjon har endret seg, og at dette har hatt betydning for hvor ofte politiet kontaktes.

Utvalget ser at politiet hadde flest oppdrag i 2020, i forbindelse med nedstengningene under koronapandemien. Dette illustrerer etter utvalgets syn at flere forhold må tas i betraktning i vurdering av de observerte utviklingstrekkene. Utvalget finner det derfor vanskelig å konkludere om betydningen av samtykkevilkåret, men støtter Maktmiddelutvalget vurdering av at tallene tyder på en økning av antall psykiatrioppdrag de senere årene.

## 11.7 Strafferettslige og straffeprosessuelle grunnlag for opphold i psykisk helsevern

Personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldsrisiko kan være innlagt i psykisk helsevern på sivilt (psykisk helsevernloven) eller strafferettslig grunnlag. Ved innleggelse på strafferettslig grunnlag pålegger domstolen helseforetaket å ta imot en person med alvorlig voldspotensial, og som av domstolen er funnet utilregnelig på gjerningstidspunktet. Helseforetaket skal da ivareta både pasientens behandling og samfunnsvernet etter psykisk helsevernloven kapittel 5. Dom til tvungent psykisk helsevern (strl. § 62), varetektssurrogat (strpl. § 188) og judisiell observasjon (strpl. § 167) er de strafferettslige og straffeprosessuelle virkemidlene som justissektoren råder over med betydning for psykisk helsevern. Utvalget ser her nærmere på dom til tvungent psykisk helsevern (DTPH) og varetektssurrogat.

I en artikkel fra 2021 påpeker Holst og Kilden at justissektoren legger beslag på stadig flere døgnplasser i det psykiske helsevernet (Holst et al., 2021). De mener at denne utviklingen gir grunn til bekymring og bryter med den forvaltningsmessige råderetten faglig ansvarlige i det psykiske helsevernet har hatt til å beslutte innleggelse og utskrivelse av pasienter basert på et sivilrettslig lovverk. Etter særreaksjonsreformen i 2002, har domstolene kunnet beslutte innleggelse, opprettholdelse og opphør av DTPH. Justissektorens rolle i det psykiske helsevernet ble ytterligere utvidet i 2016 da også lovbrudd av samfunnsskadelig og særlig plagsom art ble omfattet av denne strafferettslige særreaksjonen. Rådet for psykisk helse påpeker i sitt innspill til utvalget at «justissektorens inntog i norsk psykisk helsevern har ført til at stadig flere døgnplasser beslaglegges og andre pasienter vippes ut grunnet plassmangel. I dag er rundt 40 % av de pasienter i de sikkerhetspsykiatriske avdelinger innlagt etter strafferettslig grunnlag».

Utvalget anerkjenner disse betraktningene, men mener samtidig at personer på DTPH også ville ha hatt rett på behandling i sivilt psykisk helsevern. Etter utvalgets syn blir det for unyansert å hevde at disse personene «beslaglegger» døgnplasser andre pasienter burde ha hatt. Samtidig erfarer utvalget at justissektoren oftere enn psykisk helsevern mener at døgnomsorg er riktig omsorgsnivå for pasienten. Videre ser utvalget med bekymring på utviklingen med nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern og den økende andelen på DTPH. Det en utfordring for helseforetakene at det ikke følger finansiering med et pålegg om å ivareta en person på DTPH, og dette er en ordning som begrenser helseforetakenes mulighet for å planlegge egen aktivitet.

### 11.7.1 Dom til tvungent psykisk helsevern (DTPH) (straffeloven § 62)

Dom til tvungent psykisk helsevern har et kriminalitetsforebyggende formål, og forutsetter at domstolen finner lovbryteren utilregnelig på gjerningstidspunktet. Den tidsubestemte formen for DTPH ble innført i 2002, men videreførte ordningen med sikring som også var en tidsubestemt strafferettslig særforholdsregel. DTPH skal verne samfunnet mot alvorlig fare, jf. strl. § 62 første ledd. Til tross for at dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er en tidsubestemt reaksjon, er hensynet til pasienten ivaretatt ved jevnlig rettslig prøving, jf. strl. § 65, jf. § 62. Samtidig er det ifølge forarbeidene hensynet til samfunnets behov for beskyttelse som her slår gjennom (Ot.prp. nr. 87 (1993–1994) side 61). Denne tidsubestemte formen for DTPH kan opprettholdes så lenge domstolene mener det er behov for det ved at vilkårene finnes oppfylt. En tidsbestemt form for DTPH ble innført i 2016, og skal verne mot lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, jf. strl. § 62 andre ledd. Denne tidsbestemte formen for DTPH handler ikke direkte om fare. Den videre fremstillingen vil derfor rette søkelys mot den tidsubestemte formen for DTPH.

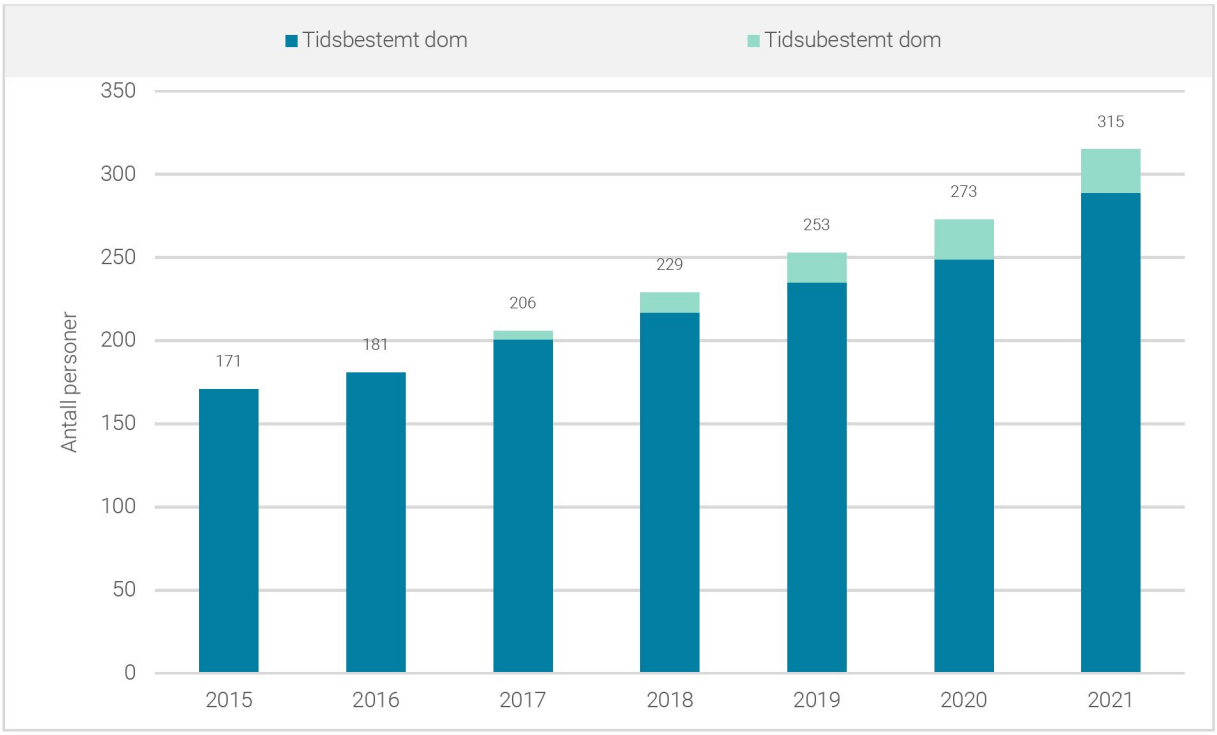
Straffeloven (strl.) § 62 første ledd oppstiller flere vilkår for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern. Lovbryteren må for det første være utilregnelig etter strl. § 20 andre til fjerde ledd. For det andre må lovbryteren ha begått eller forsøk å begå et lovbrudd som «krenker andres liv, helse eller frihet eller kunne utsette disse rettsgodene for fare». For det tredje må særreaksjonen anses som «nødvendig for å verne samfunnet». Vilkåret medfører at terskelen for dom på tvungent psykisk helsevern er høy. For det fjerde må det foreligge en «nærliggende fare» for at lovbryteren vil begå en ny og «alvorlig integritetskrenkelse». Det blir alltid foretatt en sakkyndig vurdering av gjentagelsesfaren både når en dom til tvungent psykisk helsevern blir etablert og ved opprettholdelse etter strl. § 65. Avslutningsvis skal det foretas en helhetsvurdering av særreaksjonen hvor alle momenter ses i sammenheng.

Pasienter som er på DTPH skal legges inn på døgninstitusjon (ikke nødvendigvis sikkerhetsavdeling) ved rettskraftig dom og være innlagt minimum første tre uker etter dommen. De kan derfra overføres til annet omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten med døgnopphold eller skrives ut til poliklinisk eller ambulant oppfølging av faglig ansvarlig for gjennomføringen av dommen. Påtalemyndigheten kan motsette seg slik endring i omsorgsnivå – i så tilfelle kan Kontrollkommisjonen avgjøre overføringen.

Psykisk helsevernloven kapittel 5 gir tydelige føringer ved gjennomføringen av den strafferettslige særreaksjonen overføring til tvungent psykisk helsevern. Etter phvl. § 5-3 andre ledd er det den faglig ansvarlige som bestemmer hvordan det tvungne psykiske helsevernet skal gjennomføres. Den faglig ansvarlige skal legge vekt både på hensynet til samfunnsvernet og behandling i avgjørelsen om rammene for behandlingen. Ansvaret til den faglig ansvarlige for samfunnsvernet er synliggjort gjennom plikten til å konsultere påtalemyndigheten før domfelte overføres mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon eller får permisjon når særlige hensyn tilsier det, jf. phvl. § 5-3 tredje ledd. Denne bestemmelsen ble innført i 2019, og skal legge til rette for at påtalemyndigheten kan bidra i vurderingen av ivaretakelse av samfunnsvernet.

Pasienter som er innlagt på strafferettslig grunnlag mottar behandling både i og utenfor døgninstitusjon. En del pasienter innlagt på etter strl. § 62 har behov for et høyt sikkerhetsnivå. Figur 11.3 viser utviklingen innen dom til tvungent psykisk helsevern i perioden 2015–2021. Av det totale antallet pasienter utgjorde de på tidsbestemt dom fem av totalt 206 personer i 2017 (2 prosent) og 26 av 315 personer i 2021 (8 prosent). En gjennomgang SIFER gjorde i 2019 viser at i underkant av 30 prosent de regionale og 50 prosent av de lokale døgnplassene i

sikkerhetspsykiatrien ved årsskiftet 2019–2020 belagt av pasienter innlagt etter dom til tvungent psykisk helsevern (SIFER, 2020a).




Figur 11.3: Antall personer under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern i perioden 2015–2021.
Kilde: Koordineringsenheten på Dikemark

Utvalget ser med bekymring på det økende antallet pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven kapittel 5 i det psykiske helsevernet, og særlig på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Utvalget er kjent med at rundt halvparten av pasientene på DTPH i dag får sin oppfølging utenfor sykehus. Videre erfarer utvalget at noen pasienter på DTPH i dag opptar døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien selv om de har begrenset prognose for bedring av pasientens tilstand. Noen pasienter har blitt beskrevet som for friske til å være innlagt på sikkerhetspsykiatri, men for syke til å overføres til et lavere omsorgsnivå. Utvalget ser med bekymring på slike situasjoner som ingen involverte er tjent med, og mener det er behov for å utrede alternative løsninger for slike pasienter. Samtidig mener utvalget at manglende døgnkapasitet i det psykiske helsevernet ikke må føre til behandlingsbehovet til denne pasientgruppen blir bagatellisert. På den andre siden kan manglende døgnkapasitet bidra til at pasienter underlagt sivilt psykisk helsevern ikke får tilstrekkelig forebyggende behandling.

Utvalget har blitt informert om en rapport om sikkerhetspsykiatriens fremtid som er under utarbeidelse. Ifølge denne rapporten er prognosen for antall pasienter på DTPH at de vil øke fra rundt 440 ved utgangen av 2023 til rundt 1 000 pasienter ved utgangen av 2033. Utvalget ser med stor bekymring på denne prognosen, men er ikke kjent med hvilke forutsetninger den bygger på. Det finnes ingen tilsvarende prognoser for hvor mange pasienter som blir innlagt etter phvl. § 3-3 og som vil oppfylle farlighetsvilkåret i tiden fremover.

Utvalget mener at sivilt psykisk helsevern bør ha som mål at prognosen for antall pasienter på DTPH ikke treffer. Tilregnelighetsutvalgets nyansering av behandlingens formål (NOU 2014: 10, 2014), viser at den strafferettslige formen for TPH primært er ment som et virkemiddel for samfunnsvernet sett fra justissektorens side. Utvalget mener at en dom til tvungent psykisk helsevern kan indikere at disse pasientene burde mottatt behandling tidligere, som kanskje

kunne bidratt til å redusere et voldspotensial som vedkommende senere blir dømt for. Slik sett gir det økende antallet pasienter på DTPH grunn til en kritisk gjennomgang av hvordan psykisk helsevern etableres, gjennomføres og avsluttes for denne pasientgruppen. Etter utvalgets syn er det å sikre behandling av god kvalitet til personer med alvorlig psykisk lidelse og et forhøyet voldspotensial den viktigste måten å forebygge en fortsatt stigning i antallet pasienter på DTPH. Utvalget ser nærmere på pasientoppfølging og samfunnsvern når personer med alvorlig psykisk lidelse ikke er innlagt på døgninstitusjon i punkt 11.9 nedenfor.

### 11.7.2 Forholdet mellom vurdering av gjentakelsesfare ved DTPH og det sivilrettslige farevilkåret

Dom til tvungent psykisk helsevern kan bare opprettholdes når vilkåret om gjentakelsesfare i strl. § 62 tredje ledd fortsatt er oppfylt, jf. strl. § 65 første ledd. Under gjennomføringen av DTPH gir phvl. § 5-3 andre ledd føringer for den løpende avveiningen av risiko inntil DTPH opphører. Ved DTPH er den faglig ansvarlige pålagt å ivareta både samfunnsvernet og behandling, men samfunnsvernet skal ha høyest prioritet. Denne vektingen av samfunnsvernet synliggjør forskjellen mellom tvungent vern på sivilrettslig og strafferettslig grunnlag.

Når pasienten ikke lenger blir ansett å utgjøre en tilstrekkelig fare for å begrunne en strafferettslig særreaksjon, skal dom til tvungent psykisk helsevern oppheves. Ved vurdering av gjentakelsesfaren skal det «legges vekt på det begåtte lovbruddet sammenholdt særlig med lovbryterens øvrige adferd, sykdomshistorie, aktuelle psykiske tilstand og forhold til rusmidler», jf. § 62 tredje ledd. Vurderingen av gjentagelsesfaren er en bedømmelse på domstidspunktet av antatt fremtidig risiko for nye alvorlige straffbare handlinger. Det skal altså gjøres en bred drøftelse i forbindelse med vurdering av gjentakelsesfare.

Høyesterett går nærmere inn på vurderingen av gjentakelsesfare i HR-2021-937-A, som gjaldt begjæring om opprettholdelse av dom på tvungent psykisk helsevern. Høyesterett viser både til rettspraksis og forarbeider når retten påpeker at «for at gjentakelsesfaren skal anses som nærliggende, må den være kvalifisert og på domstidspunktet vurderes som reell. […] Betydningen av faregraden vil variere ut fra hvor grov den begåtte handlingen er, og hvor alvorlige forbrytelser det er fare for» (avsnitt 17). Videre fremhever Høyesterett at «prognosen for sykdommen vil ha betydning for hvor nærliggende tilbakefallsfaren er […] fordi det ofte vil være en sammenheng mellom psykosen og lovbruddet. Det fremgår av avgjørelsen fra 2011 [HR-2011-559-A] avsnitt 17 at når domfelte lider av en alvorlig kronisk lidelse og behandlingen er vesentlig for å hindre nye psykotiske gjennombrudd, blir tidsforløpet av mindre betydning» (avsnitt 18). Både «alvorlig sinnslidelse» i psykisk helsevernloven og strafferettens utilregnelighetsbegrep legger mer vekt på funksjonsutfall, symptomtyngde og realitetsbrist enn på selve diagnosen. Etter utvalgets syn vil pasienter som ble vurdert strafferettslig utilregnelig fordi de var «psykotisk» på handlingstidspunktet før endringene i straffeloven § 20 i 2020, samt de fleste som blir funnet utilregnelig på grunn av «sterkt avvikende sinnstilstand» fra 2020, oppfylle hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» etter psykisk helsevernloven § 3-3.

Utvalget mener at terskelen for farevilkåret etter phvl. § 3-3 er noe lavere enn for DTPH. Farevilkåret må ses i sammenheng med adgangen til å dømme utilregnelige til tvungent psykisk helsevern: Mens farevilkåret i phvl. § 3-3 skal brukes til å forhindre at en pasient med alvorlig sinnslidelse skal bli en vesentlig fare for seg selv eller andre, gjelder DTPH allerede utførte handlinger som innebar en fare for andres liv eller helse (Syse, 2016b). Det sivilrettslige og strafferettslige regelverket om tvungent psykisk helsevern ivaretar dermed ulike hensyn som får betydning for når vernet opphører.

### 11.7.3 Har samtykkevilkåret påvirket tidspunktet for opphør av dom til tvungent psykisk helsevern?

Høyesterett vektlegger betydningen av realistiske alternativer til dom til tvungent psykisk helsevern for å ivareta samfunnsvernet Ut fra utvalgets gjennomgang av rettspraksis, synes samtykkevilkåret å være ett av flere momenter i domstolenes begrunnelse for å forlenge dom til tvungent psykisk helsevern. Domstolene vektlegger blant annet ressurssituasjonen i psykisk helsevern, gjenvunnet samtykkekompetanse og rusmiddelmisbruk som årsaker til at fremtidig sivilt tvungent vern ikke er et realistisk behandlingsalternativ for å ivareta samfunnsvernet.

I nevnte HR-2021-937-A påpeker Høyesterett at det ved vurderingen av behovet for samfunnsvern må «ses hen til om det finnes andre realistiske behandlingsalternativer enn fortsatt dom på tvungent psykisk helsevern, for eksempel at det vil være tilstrekkelig med tiltak etter psykisk helsevernloven» (avsnitt 19). Høyesterettspraksis synes dermed å legge vekt på hvorvidt muligheten for fremtidig etablering av tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 vil gi tilstrekkelig samfunnsvern.

Rettspraksis fremhever sårbarheten som ressurssituasjonen i psykisk helsevern kan utgjøre for opphør av sivilt tvungent vern. En dom i Frostating lagmannsrett (LF-2019-109174) gjaldt påtalemyndighetens begjæring om dom på fortsatt overføring til tvungent psykisk helsevern. Lagmannsretten påpeker her at:

> selv om sivilt tvungent psykisk helsevern også kan ivareta hensynet til samfunnets behov, jf. § 3-3 nr. 3 bokstav b, vil administrativ tvangsinnleggelse i større grad ha fokus på pasientens behov. Blant annet på grunn av sykehusets ressurssituasjon og prioriteringer vil også slik innleggelse ofte være kortvarig. I så måte er det relevant å vise til situasjonen i 2009 da A var innlagt ca. 20 ganger.

Videre fremhever lagmannsretten at:

> svingende sykdomsutvikling gjør det nødvendig at påtalemyndigheten får prøve rammevilkårene som følger av reglene i psykisk helsevernloven kapittel 5. Lagmannsretten finner det således ikke tilstrekkelig for samfunnsvernet at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for oppfølgingen og ivaretakelsen av A.

Frostating lagmannsrett fremhever her at tvangsinnleggelser på sivilt grunnlag ofte vil være kortvarig blant annet på grunn av sykehusets ressurssituasjon og prioriteringer, og fant at vilkårene for overføring til tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Utvalget anerkjenner at et svingende sykdomsforløp utgjør en reell utfordring knyttet til vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Samtidig synes ikke lagmannsretten å ta høyde for at samtykkevilkåret ikke gjelder dersom farevilkåret er oppfylt, og at samfunnsvernet dermed kan ivaretas ved tvungent vern etter psykisk helsevernloven.

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse blir også trukket inn av domstolene for å begrunne fortsatt dom til tvungent psykisk helsevern. Gulating lagmannsrett påpeker i LG-2018-117419, som gjaldt spørsmål om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, at:

> de sakkyndige har i erklæringen […] konkludert med at det er problematisk å holde tiltalte tilbake etter tvangsreglene i psykisk helsevernloven da han etter sist innleggelse ble vurdert å ha samtykkekompetanse. I forklaringen for lagmannsretten ga de sakkyndige klart uttrykk for at tiltalte er samtykkekompetent. Lagmannsretten legger

> det til grunn. Tvungent vern etter psykisk helsevernloven kapittel 3 har derfor ikke vært et alternativt tiltak.

I likhet med tingretten, fant lagmannsretten at vilkårene for overføring til tvungent psykisk helsevern var oppfylt. Lagmannsretten synes her å vektlegge betydningen av at den tiltalte ble vurdert samtykkekompetent, som gjorde at fremtidig sivilt tvungent vern ikke var et realistisk behandlingsalternativ for å ivareta samfunnsvernet. I likhet med den nevnte dommen fra Frostating lagmannsrett fra 2019, synes ikke lagmannsretten her å anerkjenne at samtykkevilkåret ikke gjelder ved tvungent vern begrunnet i farevilkåret.

I dommen fra Buskerud tingrett etter Kongsberg-saken (TBUS-2022-6117) ble tiltalte dømt til tvungent psykisk helsevern. Tingretten påpeker at:

> retten mener at tiltalte fortsatt er psykotisk og at han ikke har samtykkekompetanse. […] Tiltalte vil imidlertid kunne bli så frisk at han vil få tilbake sin samtykkekompetanse. Han gir for øyeblikket uttrykk for at han er syk og trenger behandling og medisiner, men ut fra erfaring med tiltaltes sykdomshistorikk kan denne situasjonen fort endre seg, og han vil kunne nekte å undergi seg behandling. Det vil da blir spørsmål om et administrativt vedtak om tvang etter psykisk helsevernlov. Retten vil i den sammenheng bemerke at helsevesenet opplever ressursknapphet innenfor psykiatri, og at det erfaringsmessig i de senere år har vært lagt vekt på minst mulig bruk av tvang. Retten mener at hensynet til samfunnsvern er helt sentralt i denne saken. Retten legger til grunn at ordinært administrativt tvungent psykisk helsevern ikke vil gi et tilstrekkelig samfunnsvern.

Tingretten vektlegger her samtykkevilkåret, ressurssituasjonen og vektlegging på tvangsbegrensning i det sivile psykiske helsevernet som begrunnelse for manglende ivaretakelse av samfunnsvernet fremover. Samtidig synes også hensynet til den allmenne rettsfølelsen å spille inn på rettens vurdering, da samfunnet ønsker en trygg plassering av den dømte etter slike drap. Utvalget mener det er svært beklagelig at samfunnet ikke klarer å forebygge slike alvorlige hendelser.

Rettspraksis vektlegger fare for tilbakefall til rusmiddelmisbruk som et viktig moment for å opprettholde DTPH. I farevurderinger i nevnte LF-2019-109174, legger Frostating lagmannsrett vekt på behovet for stramme rammer rundt den tiltalte for at vedkommende rusproblem ikke skal eskalere. Tilsvarende vektlegger Frostating lagmannsrett betydningen av kontrollregimet knyttet til rusmisbruk for å forhindre fare for andre i begrunnelsen for fortsatt DTPH i en senere dom (LF-2022-142122). Ut fra rettspraksis er forlengelse av DTPH for pasienter som enten er innlagt i sykehus eller som bor i kommunal bolig ofte begrunnet i behovet for ruskontroll. Statsadvokater og domstolene synes å være skeptiske til om samfunnsvernet som følge av tilbakefall til rusbruk vil bli godt nok fulgt opp dersom det ikke lenger foreligge DTPH. Fortsatt DTPH uten døgnopphold forplikter det psykiske helsevern til tiltak, som gjeninnleggelse i psykisk helsevern, dersom pasienten ruser seg eller har annen adferd som øker voldsrisiko. Utvalget anerkjenner at vekslende symptomtrykk, rusmiddelbruk og risiko for autoseponering av legemidler kan medføre forhøyet voldsrisiko og er en reell grunn til forsiktighet dersom det tvungne vernet er begrunnet i manglende samtykkekompetanse. Videre kan svingninger i pasientens tilstand gjøre at pasienten kun oppfyller farevilkåret i perioder med forverring. I noen tilfeller hvor en svært syk person har begått drap, kan hensynet til den allmenne rettsfølelsen også tilsi rettssak og DTPH.

Gjennomgangen av rettspraksis viser at domstolen har vektlagt lovverket og ressurssituasjonen i psykisk helsevern blant momentene som tilsier behov for DTPH flere ganger de siste årene. Etter utvalgets syn er det en bekymringsfull utvikling at domstolene begrunner DTPH i at situasjonen i psykisk helsevern gjør at samfunnsvernet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Utvalget mener denne utviklingen taler for å se nærmere på ressurssituasjonen i psykisk helsevern og hvordan denne sårbare pasientgruppen kan ivaretas bedre. Etter utvalgets syn, tilsier riktig tvangsbruk at farevilkåret vurderes grundig og brukes i tråd med gjeldende rett. Samtidig fastholder utvalget at helse- og justissektoren skal ha ulike roller i samfunnet. Helsetjenesten skal sikre behandling av god kvalitet, som også kan ha betydning for voldsrisiko hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

### 11.7.4 Varetektssurrogat (straffeprosessloven § 188)

Varetektssurrogat i det psykiske helsevernet er et alternativ til varetekt i fengsel. Etter 2016 kan domstolene pålegge psykisk helsevern å ta imot siktede, jf. straffeprosessloven § 188 tredje ledd (Holst et al., 2023)). I en rapport fra nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) om konsekvensene av lovendringene om særreaksjoner og varetektssurogat fra 2020, hadde siktede innlagt med varetektssurrogat hatt opphold med en varighet fra 1 til 18 måneder, og med et gjennomsnitt på 6 måneder. Her blir erfaringene med bruk av varetektssurrogat beskrevet som at det var «uklart anvendelsesområde, uklart omfang og uklar gjennomføring» (Senneseth et al., 2021).

Det følger av psykisk helsevernloven § 1-1 a at dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av en annen lov, gjelder ikke bestemmelsene om behandling uten eget samtykke etter § 4-4 for gjennomføringen av oppholdet. Dette innebærer at det gjelder like regler vedrørende medisinering for siktede innlagt med varetektssurrogat som for frivillig innlagte pasienter. I motsetning til judisiell observasjon, vil behandling typisk være aktuelt ved et varetektssurrogat. Dersom straffeprosessloven § 188 skal stå som et selvstendig rettslig grunnlag som likestilles med en frivillig innleggelse, vil det derfor i utgangspunktet ikke være adgang til å fatte vedtak om behandling uten eget samtykke etter phvl. § 4-4. Utvalget mener dette er uheldig da det kan medføre at siktede ikke mottar nødvendig behandling.

I rapporten «Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?» om Haugesund-saken fra 2021 ser Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) nærmere på varetektssurrogat i psykisk helsevern (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2021). Ukom er enig med SIFER om at innholdet i varetektssurrogatet er uklart. Videre problematiserer Ukom samtykkekompetansens rolle knyttet til hjemmelsgrunnlaget for frivillig innleggelse og medikamentell behandling. Etter gjeldende rett kan en innsatt som mangler samtykkekompetanse verken være innlagt eller ta imot medisiner frivillig. Uklarheten rundt hjemmelsgrunnlaget for innleggelsen får også betydning for forholdet til konverteringsforbudet etter phvl. § 3-4 (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2021). Ukom anbefaler i samme rapport at Helsedirektoratet kommer med nødvendige avklaringer knyttet til varetektssurrogat. Utvalget er ikke kjent med at Helsedirektoratet har kommet med de anbefalte avklaringene om muligheten for å etablere tvungent psykisk helsevern for pasienter som er innlagt i varetektssurrogat eller hvilke regler som gjelder for helsehjelp til disse pasientene. Slik utvalget ser det, er det et behov for slik avklaring av hjemmelsgrunnlaget for personer som innlagt i varetektssurrogat.

Utvalget vil likevel bemerke at det ofte vil være aktuelt at en person siktet for en alvorlig voldsforbrytelse eller andre kriminelle handlinger blir begjært innlagt etter phvl. § 3-3 dersom vedkommende blir diagnostisert med en psykoselidelse av de rettspsykiatriske sakkyndige da muligheten for fremtidig farlighet kan være stor. Påtaleansvarlig kan da begjære innleggelse på sivilt tvungent vern etter phvl. § 3-6. Dersom en lege (fastlege, fengselslege, legevakt eller liknende) som undersøker personen finner grunnlag for å begjære tvangsinnleggelse, kan siktede overføres fra fengsel til sykehus. Etter utvalgets syn, er det kun i situasjoner der mottakende institusjon mener at det ikke er grunnlag for å ta imot vedkommende etter phvl. § 3-3, at det blir aktuelt for domstolen å pålegge sykehuset å ta imot den siktede med strpl. § 188 som eneste hjemmelsgrunnlag. Likevel kan det være aktuelt for å ha den siktede innlagt både etter strpl. § 188 og phvl. § 3-3 for å sikre at vedkommende mottar nødvendig behandling.

## 11.8 Samhandling mellom psykisk helsevern og andre instanser for å ivareta samfunnsvernet

### 11.8.1 Innspill til utvalget knyttet til samhandling og ivaretakelse av samfunnsvern

Politidirektoratet påpeker i sitt innspill til utvalget at det er et felles ansvar for forebygging av vold fra psykisk syke og etterlyser tydelige rammer for helsetjenestens ansvar for samfunnsvernet, herunder plikt til å vurdere voldsrisiko der det er forhold som tyder på at det kan være aktuelt. De mener at ulike vurderinger av voldsrisiko er en utfordring og skriver at:

> i krysningen mellom samfunnsvern og behandling oppstår situasjoner hvor det er uenighet mellom politi og helsetjeneste mht. hvilken risiko som den psykisk syke utgjør for andre. Slike situasjoner illustrerer tidvis at helsesektorens vurderinger gjøres med utgangspunkt i individets selvbestemmelsesrett, mens politiets vurderinger i større grad gjøres av hensyn til omgivelsene.

Politidirektoratet påpeker også i sitt innspill at taushetsplikten kan være til hinder for godt samarbeid og gode vurderinger av voldsrisiko. Politidirektoratet skriver videre i innspillet at helsesektorens adgang både til å dele og innhente informasjon fra politiet synes å være for snever og at både politi og helsevesen i større grad bør kunne nyttiggjøre seg av hverandres informasjon for å kunne danne seg et helhetlig bilde av voldsrisiko knyttet til en psykisk syk person.

Samhandling mellom ulike instanser, som politiet og helsesektoren og spesialist- og kommunehelsetjenesten, blir pekt på som en utfordring i flere av innspillene til utvalget. NAPHA skriver at «det ligger et stort potensial i å styrke samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenestene, mellom helsetjenestene og brukere og pårørende, og mellom helsetjenestene og andre sektorer som politi/PST». KS skriver at «ansvaret for samfunnsvernet må klargjøres og tillegges det nivået som har myndighet og kompetanse til å ta det». Også Rådet for psykisk helse påpeker utfordringer med samhandling mellom ulike aktører og nivåer. Utvalget påpeker at samhandling i seg selv er et moment som må utredes separat og grundig. Det er uklart i hvilken grad det faktisk lovverk som er til hinder for samhandling, og i hvor stor grad utfordringene er knyttet til ulik kultur og forståelse av lovverket.

### 11.8.2 Unntak fra taushetsplikten av hensyn til samfunnsvernet

Utvalget mener at taushetspliktbestemmelsene gir flere unntak for å ivareta hensynet til samfunnsvernet, mens de i liten grad åpner for informasjonsutveksling for å forebygge fare

utover i nødrettsliknende situasjoner. Utvalget mener at det er et handlingsrom i de eksisterende taushetspliktsbestemmelsene for å ivareta hensynet til både samfunnsvernet og taushetsplikten.

Helsepersonells taushetsplikt står i en særstilling for å sikre tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helsetjenesten. Formålene om å verne pasientens integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell kommer tydelig til uttrykk i to høyesterettsdommer om taushetspliktens grenser (HR-2008-1927-A og HR-2013-2333-A). Utvalget erfarer at helsepersonell kan synes det er krevende å avveie hensynene bak taushetsplikten og samfunnsvernet. Dette settes på spissen i samhandling med andre offentlige instanser som har andre samfunnsroller enn helsetjenesten, for eksempel politiet. Utvalget mener at det er et handlingsrom i de eksisterende taushetspliktsbestemmelsene for å ivareta samfunnsvernet og samtidig fastholde hensynene bak taushetsplikten. Når en person er dømt til tvungent psykisk helsevern, skal påtalemyndigheten holdes oppdatert om pasientens utvikling. Det som står i denne delen av kapittelet gjelder pasienter under sivilt tvungent vern og behandling. Utvalget viser også til gjennomgang av utveksling av helse- og personopplysninger mellom helsetjenesten og politiet i kapittel 11 av oppdatert rundskriv om Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke, som nylig var på ekstern høring (Helsedirektoratet, 2023a).

Involvering av pårørende og effektiv informasjonsutveksling mellom helse- og polititjenesten kan være av betydning for ivaretakelse av samfunnsvernet. Utvalget støtter Ukom som påpeker i sin nevnte rapport fra januar 2023 at pårørende kan ha viktig informasjon til bruk for å «vurdere samtykkekompetanse, voldsrisiko, utredning og behandling. Når helsetjenesten ikke tar imot eller aktivt innhenter slik informasjon, innebærer det at grunnlaget for beslutninger blir mangelfullt» (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Utvalget har fått innspill om behov for at helsetjenesten bør kunne gi mer informasjon til pårørende og politi ved permisjon, utskriving eller opphør av tvungent psykisk helsevern. Dette vil kunne muliggjøre iverksetting av personrettede forebyggende tiltak for pasienter med kjent risiko for vold, herunder risiko for trusler eller vold mot nærmeste pårørende.

I forbindelse med voldsrisikoutredninger og vurderinger av farevilkåret kan det være nødvendig å innhente komparentopplysninger om pasienten fra andre deler av helsetjenesten, pårørende og andre offentlige instanser. For å få tak i relevante opplysninger, må det innhentende helsepersonellet opplyse om pasientforholdet og formålet med innhenting av opplysninger. Helsepersonells taushetsplikt hindrer som utgangspunkt at slike opplysninger gis, jf. helsepersonelloven § 21. Det finnes likevel flere unntak fra taushetsplikten.

Det viktigste unntaket fra taushetsplikten er at pasienten selv gir samtykke til at helsepersonell kan utveksle informasjon med andre, jf. helsepersonelloven § 22 første ledd. Dette innebærer at taushetsplikten heves så langt tillatelsen rekker. Utgangspunktet må her være at pasienten fritt kan velge «andre» som skal få taushetsbelagte opplysninger. Samtidig innebærer ikke denne tillatelsen en plikt for helsepersonell å gi slike opplysninger, men tillatelsen gir helsepersonell en opplysningsrett.

Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, kan nærmeste pårørende samtykke til at «andre» får taushetsbelagte opplysninger, jf. helsepersonelloven § 22 tredje ledd. Unntaket må ses i sammenheng med reglene om samtykke og representasjon i pbrl. § 4-5 flg. Et relevant spørsmål er her om politiet kan være «andre» etter hpl. § 22 første ledd, og at nærmeste pårørende dermed kan samtykke til at helsepersonell gir politiet informasjon om pasienten. Ut fra en språklig forståelse av «andre» vil også politiet være omfattet. Utvalget er ikke kjent med

at dette spørsmålet er behandlet i forarbeider, rettspraksis eller juridisk litteratur. Utgangspunktet er at unntaket etter hpl. § 22 tredje ledd gir nærmeste pårørende lik adgang til å samtykke som pasienten til at taushetsbelagte opplysninger gis videre. Formålet med unntaket er at nærmeste pårørende skal ivareta rettighetene til en pasient uten beslutningskompetanse. Bakgrunnen for at nærmeste pårørende samtykker til at politiet skal få taushetsbelagte opplysninger vil dermed være av betydning. Det taler imot å kunne samtykke til videreformidling av helseopplysninger om pasienten til politiet dersom videreformidlingen ikke direkte gjelder pasientens helsehjelp. Videre gir en eventuell tillatelse fra nærmeste pårørende kun helsepersonell en opplysningsrett. Hvor velfungerende relasjonen til nærmeste pårørende er, vil kunne spille inn i helsepersonells vurdering av om taushetsbelagte opplysninger skal gis til politiet. I tillegg er det andre unntak fra taushetsplikten som kan benyttes for i informasjonsutveksling med blant annet politiet, herunder hpl. §§ 23 nr. 4 og 31. Samtidig følger det av pasientens rett til vern om egne helseopplysninger i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6, og prinsippene bak taushetsplikten, at det her må innfortolkes et nødvendighetskrav for at taushetsbelagte opplysning gis videre. For at nærmeste pårørende skal kunne gi de taushetsbelagte opplysningene videre, må dette være nødvendig for å ivareta pasientens interesser, jf. § 3-3 andre ledd.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at helsepersonellet gir opplysninger til noen som allerede er kjent med dem, for eksempel opplysninger om at pasienten er under behandling eller det gjøres en voldsrisikoutredning, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1. Dette unntaket kan blant annet være aktuelt overfor nærmeste pårørende. Unntak kan også være relevant i tilfeller hvor politiet har begjært pasienten innlagt til tvungent vern etter phvl. § 3-6 første ledd. Utvalget erfarer at det er ulike oppfatninger av hvilken informasjon som helsevesenet kan gi politiet dersom disse kun har transportert pasienten til sykehuset og loggført dette. Slik utvalget ser det blir spørsmålet da om en slik loggføring kan være tilstrekkelig til å si at politiet «fra før er kjent med» innleggelsen, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1.

Selv om taushetspliktbestemmelsene er strenge, er de ikke til hinder for at helsepersonell kan ta imot opplysninger fra andre. Men det forutsetter at den som sitter på opplysningen, er klar over behovet for opplysninger fra for eksempel kommunen, politi eller andre kilder og at vedkommende har anledning til å dele informasjonen. I enkelte situasjoner vil helsetjenestens opplysninger til politiet om voldspotensial hos en pasient kunne falle inn under helsepersonells opplysningsplikt til å forebygge nærstående alvorlig kriminalitet. I øvrige situasjoner må enten samtykke fra pasienten innhentes, eller man må ha annet rettslig grunnlag.

Helsepersonelloven § 23. nr. 4 setter en høy terskel for å gjøre unntak fra taushetsplikten, også i tilfeller av fare. Dersom det foreligger tungtveiende grunner, for eksempel akutt fare for liv og helse, kan opplysninger utleveres både til annet helsepersonell og til andre instanser selv om pasienten motsetter seg dette. Hensyn som taler for å utlevere opplysningene må være vesentlig tyngre enn hensynene til å bevare taushet om dem. Utlevering av opplysningene skal motvirke fare for skader av et visst omfang. Unntaket omfatter blant annet akutt voldsrisiko. Det er mer uklart i hvilken grad helsepersonell kan dele opplysninger i mindre akutte saker og i forebyggende øyemed. Utvalget anbefaler at disse spørsmålene inngår i utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet av taushetspliktsreglene ved fare som foreslås i punkt 13.5.2. Helsepersonell har også en opplysningsplikt til nødetater dersom det er nødvendig for å avverge «alvorlig skade på person eller eiendom», jf. hpl. § 31. Denne bestemmelsen innebærer en presisering av nødrett, hvor taushetsplikten blir tilsidesatt av hensyn til blant annet fare for andres sikkerhet. Politiregisterloven § 30 gir politiet mulighet

til å dele opplysninger med helsetjenesten, slik at helsetjenesten kan vurdere behovet for helsehjelp, samtykkekompetanse og ta stilling til farevilkåret.

Utvalget mener det må sikres at reglene for informasjonsutveksling i ulike situasjoner er godt kjent for de aktuelle aktørene. Økt informasjonsutveksling for å bedre ivareta samfunnsvernet kan utfordre tillitsforholdet til helsetjenesten. Samtidig er det lite tilfredsstillende å ha ansvar for samfunnsvernet som faglig ansvarlig uten fullmakter til å innhente tilstrekkelig informasjon. Utvalget mener at uklarheten om ansvarfordeling og informasjonsdeling mellom helse- og justissektoren vedrørende personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial forringer behandlingen pasienten får, og dermed bidrar til å forringe ivaretakelsen av samfunnsvernet. Se nærmere forslag til tiltak om å avklare ansvarfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial (punkt 13.5.2) og forslag til tiltak om å utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser (punkt 13.5.3).

### 11.8.3 Oppgavedeling og ansvarsområder for helsetjenesten og justissektoren

Flere innspill til utvalget tar opp uklarheter knyttet til når og hvordan spesialist- og kommunehelsetjenesten og justissektoren skal ivareta samfunnsvernet. Samfunnsvernet er en overgripende verdi som samfunnet setter høyt, men der ansvaret i praksis er oppstykket. Slik utvalget ser det, er samhandling og god informasjon sentrale utfordringer i en felles håndtering av samfunnsvernet blant offentlige myndigheter. I Politihøyskolens evalueringsrapport av Kongsberg-saken fra juni 2022, er det fra politiets perspektiv et behov for at det psykiske helsevernet gjør en nærmere vurdering av hvilken risiko personen kan utgjøre. En slik vurdering kan danne grunnlag for personrettede forebyggende tiltak fra politiet eller andre offentlige etater. Selv om alvorlig kriminalitet av personer med alvorlig psykisk lidelse over tid har vært en bekymring hos politiet, påpekes det i rapporten at det er vanskelig å finne spor av at dette er betraktet som et eget forebyggingsområde i politiets arbeid (Politihøyskolen, 2022).

Utvalget mener det er et særlig behov for bevisstgjøring og tydeliggjøring av ansvar og roller mellom helsetjenesten og justissektoren i ivaretakelsen av samfunnsvernet. Ukom påpeker utfordringer knyttet til ansvarsfordelingen mellom justis-, helse- og kommunesektoren knyttet til statens sikringsplikt i sin rapport om Kongsberg-saken fra januar 2023 (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Med sikringsplikten mener Ukom statens ansvar for å hindre at personer krenker hverandre, og ansvaret er fordelt mellom disse tre sektorene. Som Ukom påpeker, har disse sektorene et felles ansvar for å ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse og et forhøyet voldspotensial. Dersom en slik person er samtykkekompetent, ikke har oppfølging fra kommune- eller spesialisthelsetjenesten og samtidig er vurdert å være utenfor justissektorens ansvarsområde, kan det medføre at sikringsplikten ikke blir ivaretatt (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). Utvalget slutter seg til Ukoms anbefaling om at relevante departementer avklarer hva sikringsplikten for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial innebærer og hvilken ansvarfordeling som skal gjeldende mellom de relevante sektorene.

### 11.8.4 Offentlig myndighet som begjærende instans for etablering av psykisk helsevern

Offentlig myndighets adgang til å fremme begjæring av tvungen legeundersøkelse eller tvungent vern etter phvl. § 3-6 første ledd andre punktum, jf. psykisk helsevernforskriften § 7,

er lite kjent både i politiet og blant helsepersonell. Denne adgangen benyttes også i begrenset grad. Begjærende instans har klagemulighet som part i saken ved ikke-etablering og opphør. Dersom politiet benytter sin adgang til å begjære innleggelse, vil dette sikre innsikt i videre beslutninger som gjelder pasientens rettslige grunnlag for behandling i det psykiske helsevernet.

Å benytte denne adgangen vil både kunne ivareta informasjonsflyt fra helse til politi ved utskrivelse og ved opphør av tvungent vern for pasienter med forhøyet voldspotensial. Den vil også kunne bidra til at politiets kunnskap om og erfaringer med pasienten tillegges vekt i vurderinger som gjelder etablering og opprettholdelse av tvungent vern. Utvalgets vurdering er at begjæringsmuligheten til offentlig myndighet er lite kjent i politiet etter at kravet om innleggelsesbegjæring ble fjernet i 2009 og at den antagelig burde benyttes oftere. Det finnes ingen samlet kunnskap om i hvilken grad den faglig ansvarlige oppfyller opplysningsplikten når offentlig myndighet er begjærende instans.

## 11.9 Pasientoppfølging og samfunnsvern når personer med alvorlig psykisk lidelse ikke er innlagt på døgninstitusjon

### 11.9.1 Utfordringer og eksisterende rammer

Ved utskrivelse fra døgninstitusjon, må videre oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial skje i samarbeid mellom psykisk helsevern og kommunale tjenester. Noen personer med alvorlig psykisk lidelse kan utgjøre en voldsrisiko selv ved stabil behandling, og spesielt ved samtidig rusmiddelmisbruk. Ved utskrivning vil disse ha behov for tett oppfølgning i kommunen for å unngå realisering av sitt voldspotensial. Noen personer vil, til tross for behandling, ikke oppnå en funksjon i hverdagen som kan håndteres av et tilrettelagt kommunalt botilbud. En mindre gruppe kommer ikke ut av sin psykotiske tilstand, og noen av disse kan ha atferdsproblemer med utageringer overfor hjelpeapparatet. Utvalget anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres.

Utvalget viser til punkt 9.5 som omtaler ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rusutfordringer og sikkerhetsrisiko. Dette er krevende innenfor kommunale rammer. Utvalget mener at kapasiteten og tjenesteutformingen i dagens psykiske helsevern begrenser muligheten for å ivareta samfunnsvernet. Pasienter med behov for langtidsoppfølging blir henvist til omsorg i kommunen, samtidig som tilgangen til oppsøkende spesialisthelsetjenester tilpasset pasientgruppen ikke er tilstrekkelig utbygd. Behandlingsprofilen i psykisk helsevern tilsier også at en del pasienter som oppfyller farevilkåret, ikke er i heldøgnsinstitusjoner, men følges opp under TUD i sin hjemkommune. Dette gjelder pasienter under TUD både på sivil- og strafferettslig grunnlag. Per i dag er rundt halvparten av personer på DTPH innlagt på døgninstitusjon, mens resten følges opp i egne boliger. Utvalget vil fremheve at selv om pasienten oppfyller farevilkåret, vil farepotensial hos mange være situasjonsbetinget. Risikofaktorer må være kartlagt og en grundig beskrivelse av utløsende faktorer og hvordan disse kan håndteres inngår som viktige deler av voldsrisikovurdering og risikohåndteringsplaner som beskrevet i punkt 11.3.2 ovenfor. En felles forståelse av pasientens voldspotensial bør inngå som en viktig del av samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Utvalget setter spørsmålstegn ved om kompetanse og ressurser er godt nok oppbygget og dimensjonert i tilbudet til pasienter som er i behov av langtidsoppfølging i kommunale boliger

med døgnbemanning og FACT i skjæringspunktet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Disse tjenestene er formelt bygget opp parallelt med at lukkede langtidsdøgnplasser er bygget ned. Utvalget har fått innspill om at ulike deler av tjenesten har opplevd at denne omleggingen har skjedd for raskt. Utvalget mener dimensjoneringen og ressurssettingen her må gjennomgås. Har man for eksempel flyttet fagfolkene fra de gamle langtidspostene (sykepleiere, psykologer og psykiatere med erfaring med alvorlig syke utagerende pasienter) ut i de ambulante tjenestene som daglig samhandler med kommunalt personale og ser pasientene som bor i egne boliger? Eller er det slik at de som har hatt mest erfaring med farlige pasienter er igjen i de stadig mindre lukkede sengepostene og helsepersonell uten erfaring med denne pasientgruppen har fått ansvaret alene rundt pasientene? Finnes det andre måter å løse denne utfordringen på enn å bygge opp igjen lukkede sengeplasser? Eller er det behov for å igjen øke antall lukkede sengeplasser?

Mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bo i egen bolig og motta tjenester fra kommunehelsetjenesten og ACT-/FACT-team. Verken psykisk helsevern eller kommunen har hjemmel til tvangstiltak som ruskontroll eller grensesettende tiltak i pasientens egen bolig. Det vil derfor være nødvendig med tilgang til innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved forverring eller behov for tvangstiltak utover TUD overfor disse pasientene.

Noen pasienter kan ivaretas godt i en heldøgnsbemannet kommunal omsorgsbolig med eventuelt tillegg av tjenester fra ACT-/FACT-team. Når pasienten er på enten sivil- eller strafferettslig TUD, har det psykiske helsevernet ansvar for helsehjelpen til pasienten, men det vil fortsatt ikke være hjemmel for tvangstiltak eller ruskontroll som begrenser pasienten i den kommunale boligen.

Kommunehelsetjenestens erfaring er at noen få pasienter trenge tettere oppfølgning og mer kontroll og trygghet i omsorgsboligen enn det kommunen i dag kan gi, selv med bistand fra den oppsøkende spesialisthelsetjenesten. Samtidig opplever kommunehelsetjenesten at de ofte blir sittende alene med ansvaret for disse pasienten, og at de ikke har kompetanse eller rammer for å ivareta dem.

### 11.9.2 Nødvendig med tilstrekkelig prioritering og riktig oppgavedeling

Dersom pasientens funksjon er ustabil, og særlig ved samtidig rusmiddelmisbruk, kan det føre til at voldrisikoen øker. Dersom kommune- eller spesialisthelsetjenesten blir oppmerksom på forverring, kan pasienten bli gjeninnlagt på døgninstitusjon. Dette forutsetter et tett samarbeid mellom ansatte i kommunen og psykisk helsevern og at ansatte i psykisk helsevern i kanskje større grad tilser pasientene ambulant. Dette forutsetter også en høy grad av kompetanse hos det personalet som skal følge opp de hjemmeboende. Utvalget mener det er behov for tilstrekkelig kapasitet både i døgnavdelinger og i den oppsøkende spesialisthelsetjenesten med kompetanse på denne pasientgruppen. Etter utvalgets syn, er tilstrekkelig prioritering av ressurser rettet mot denne pasientgruppen en forutsetning for større relasjonelt og forebyggende fokus og for at frivillige behandlingsalternativer skal være reelle.

Bedre og mer systematisk samhandling i helsetjenesten og pårørendeinvolvering kan bidra til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial får et tilpasset behandlingsopplegg og kommunale tjenester som hjelper dem til en bedre fungering i hverdagen. Som omtalt i kapittel 10, har mange pårørende opplevd økt belastning med omsorg og hjelp til sine syke familiemedlemmer de senere årene. Uenighet i vurderingene mellom helsetjenesten og pårørende kan skyldes ulik informasjon, men også manglende forståelse for

de andres rammer for oppfølging. Bedre og mer systematisk samhandling i helsetjenesten og pårørendeinvolvering kan bidra til at disse pasientene får individuelt tilpasset oppfølgning og behandling samt kommunale tjenester som hjelper dem til en bedre funksjon i hverdagen.

Det er en velkjent problemstilling at helsepersonell i kommunen kan mene at en beboer er for ustabil for å bo i egen bolig, mens det psykiske helsevernet mener vedkommende ikke er syk nok til en døgnplass i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til ressurssituasjonen i psykisk helsevern, vil utvalget også påpeke at det er stor variasjon i hvor sterkt bemannet og sikret de kommunale botiltakene er. Trygge, erfarne ansatte på døgnbasis kan ofte være det avgjørende for funksjonen til denne pasientgruppen. Kommunene prioriterer, og forutsetningene til ulike kommuner for å kunne ivareta svært syke pasienter er nok forskjellig. Utvalget mener det må rettes fokus på hva som skal til for at det skal være mulig å løse denne oppgaven innenfor kommunale rammer, både i små og store kommuner.

### 11.9.3 Behov for å utrede alternativer boligtilbud

Utvalget anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig sinnslidelse med forhøyet voldspotensial kan bedres. Dette inkluderer en utredning av organisatorisk, økonomisk og rettssikkerhetsmessig nye boformer. «Halvannenlinjetjenester» hvor personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldspotensial får varig eller midlertidig bolig, omsorg, miljøterapi og nødvendige grensesettende tiltak av personer de er trygge på, bør inngå i departementets utredning. Utvalget antar at de fleste pasienter som oppfyller farevilkåret etter psykisk helsevernloven og de som er på DTPH, vil kunne fungere trygt i slike boligtilbud. En mulighet er at slike boligtilbud kan være drevet av kommunen, men med forsterket bemanning ved at både kommunen og spesialisthelsetjenesten er til stede med sine respektive virkemiddelapparat. Det kan da være aktuelt å vurdere i hvilken grad spesialisthelsetjenesten kan få mulighet til for eksempel rusmiddelkontroll som et sikringstiltak. Forutsetningen for at pasienten får slike «halvannenlinjetjenester» er at det gir pasienten en bedre livssituasjon og selvbestemmelse enn det vedkommende får ved en døgninnleggelse i spesialisthelsetjenesten. Samtidig forutsetter samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten at pasienten mottar faglig oppfølging av psykisk helsevern. Utvalget mener at departementets utredning må se nærmere på om og eventuelt hvordan psykisk helsevernloven skal komme til anvendelse i slike «halvannenlinjetjenester». Slik utvalget ser det, er slike boligtilbud en naturlig følge av den vedtatte satsningen på FACT og nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.

For noen få pasienter med et betydelig voldspotensial, bør det utredes behov for «sikkerhetshjem» som varige boliger forankret i spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig, kvalifisert omsorg. Slike «sikkerhetshjem» kan etableres innenfor rammene av psykisk helsevernloven. Spesialisthelsetjenesten må tilby tilrettelagte tilbud for den enkelte pasient. Utvalget mener at en utredning som ser denne pasientgruppens behov for varig bolig i en større sammenheng, kan bidra til en utvikling av mer kostnadseffektive boliger som ivaretar rettssikkerheten i tråd med Stortingets vedtak (Innst. 96 S (2022–2023), 2023). Utvalget mener det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet utreder og plasserer ansvar, foreslår rettsregler som gir hjemmel for å sikre nødvendig behandling og sikrer en tilstrekkelig finansiering til behandling og omsorg for denne begrensede, men sårbare pasientgruppen.

## Utvalgets vurderinger

Utvalget ser med stor bekymring på hendelser hvor personer med psykiske lidelser begår alvorlige voldshandlinger. Likevel mener utvalget det er viktig å avstemme forventningene til hvilke muligheten det psykiske helsevernet har til å begrense alvorlige voldshandlinger i samfunnet. Selv hos erfarne klinikere er det å forutsi alvorlige voldshandlinger forbundet med betydelig usikkerhet. Utvalget mener ikke at mer tvang til en stor gruppe av personer er løsningen for bedre å ivareta samfunnsvernet. Slik utvalget ser det, krever bedre ivaretakelse av samfunnsvernet både grundige vurderinger av fare og tilstrekkelige ressurser som kan gi et individuelt tilpasset tilbud og behandling og oppfølging til det fåtallet av pasienter hvor samfunnsvernet står sentralt.

Utvalget mener at utviklingen innen psykisk helsevern og samfunnet for øvrig siden 2017 beror på en rekke faktorer. Endringene i psykisk helsevernloven, herunder innføringen av samtykkevilkåret, er blant disse faktorene. Utvalget vurderer at en streng praktisering av samtykkevilkåret med fravær av tvil og signaler om tvangsreduksjon i form av politiske føringer og endret formålsbestemmelse i psykisk helsevernloven (§ 1-1), kan ha ført til at pasienter med et farepotensial i større grad har fått mulighet til å unndra seg behandling. Samtidig synes utfordringer knyttet til samhandling med pårørende og kommunehelsetjenesten samt manglende fokus på forsterket oppfølging og frivillige alternativer å ha bidratt til mindre oppfølging av denne pasientgruppen. Et sammensatt regelverk om taushetsplikt og strenge juridiske og profesjonsetiske tolkninger av dette synes også å forsterke utfordringer med samhandling, særlig knyttet til politiet og pårørende som kan ha viktig informasjon om pasienten.

Utvalget vurderer at helsetjenesten bør ha et bevisst forhold til sammenhengene mellom alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial ettersom det finnes effektiv behandling som kan forhindre at voldspotensialet materialiserer seg. Tvang kan ha en rolle å spille for å sikre adekvat behandling og dermed forhindre at et farepotensial utvikler seg hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Etter utvalgets syn må det psykiske helsevernet etterstrebe individuelt tilpasset antipsykotisk behandling som blant annet tar hensyn til personens psykosesymptomer, psykologiske og somatiske forhold, genetikk, pårørende og øvrige sosiale forhold. Dette er i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for psykosebehandling så vel som gjeldende klinisk praksis.

Utvalget vurderer at det helsepolitiske og kriminalpolitiske klimaet har endret seg de senere årene. Fra et fokus på pasientens selvbestemmelse, har flere alvorlige voldshendelser begått av personer med alvorlig psykisk lidelse bidratt til økt fokus på samfunnsvernet. Slik utvalget ser det, ble utfordringene knyttet til anvendelse og vurdering av farevilkåret undervurdert i forbindelse med implementering av lovendringene i 2017. Det reelle behovet for å anvende farevilkåret har sannsynligvis tidligere blitt maskert av behandlingsvilkåret i phvl. § 3-3.

Ut fra utvalgets gjennomgang av rettspraksis synes samtykkevilkåret å være et av flere momenter i domstolenes begrunnelse for å forlenge dom til tvungent psykisk helsevern. Domstolene vektlegger blant annet ressurssituasjonen i psykisk helsevern, gjenvunnet samtykkekompetanse og rusmiddelmisbruk som årsaker til at fremtidig sivilt tvungent vern ikke er et realistisk behandlingsalternativ for å ivareta samfunnsvernet.

Utvalget mener at farevilkåret i sin nåværende form gir tilstrekkelig handlingsrom til å ivareta samfunnsvernet i psykisk helsevern. Samtidig synes ikke handlingsrommet i farevilkåret å ha blitt benyttet i tilstrekkelig grad i klinisk praksis. Den juridiske og kliniske forståelsen av

terskelen for bruk av farevilkåret synes å være ulik, blant annet grunnet hensynet til stigmatisering av pasienten og behandlingsalliansen. Det synes å være en økende bevissthet blant klinikere om at fare for andres fysiske og psykiske helse inngår som en del av farevilkåret. Videre kan opplysninger om tidligere voldelig adferd være tidkrevende å kartlegge og vanskelig å vurdere. Sammen med at farevurderinger er krevende, kan dette bidra til at personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial ikke får nødvendig helsehjelp.

Utvalget ser samtidig flere utfordringer knyttet til en økt bruk av farevilkåret i psykisk helsevern fremover. Det kan gi risiko for økt stigmatisering av større deler av personer med alvorlig psykisk lidelse. Økt bruk av farevilkåret kan også bidra til at flere personer blir vurdert å oppfylle vilkåret uten at det er tilstrekkelig grunnlag for det (falsk positiv). Det kan også gå utover tillitsforholdet mellom helsetjenesten og pasienten. Samtidig mener utvalget det er vesentlig at den kliniske og juridiske forståelsen av handlingsrommet i farevilkåret harmonerer bedre enn det som synes å være tilfellet i dagens praksis. Etter utvalgets syn bør veiledning om helselovgivningen fra sentrale helsemyndigheter ha et større klinisk fokus. Utvalget anbefaler blant annet at forholdet mellom farevilkåret og voldsrisikovurderinger bør presiseres i oppdaterte nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse.

Utvalget mener det er ønskelig at flest mulig personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial får individuelt tilpasset behandling og oppfølging i det sivile psykiske helsevernet, enten frivillig eller under tvang. Etter utvalgets syn er dom til tvungent psykisk helsevern et sikkerhetstiltak der sivile tiltak har vist seg utilstrekkelige for å ivareta samfunnsvernet. Utvalget ser med bekymring på den betydelige økningen av personer på dom til tvungent psykisk helsevern de siste årene. Behandling av god kvalitet kan bidra til å forhindre voldshandlinger og etterfølgende strafferettslige reaksjoner for personer med alvorlig psykisk lidelse. At mange dømmes til tvungent psykisk helsevern kan ses på som et resultat av at de ikke har fått god nok helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

Utvalget vil fremheve at godt klinisk arbeid med den enkelte pasient av erfarne klinikere er helt sentralt for helsetjenesten fremover. Erfarne og kompetente klinikere må prioriteres til arbeidet med de aller sykeste – som kan stå i fare for å utvikle et farepotensial. I ytterste konsekvens kan et psykisk helsevern der alt helsepersonell gjør det samme være en medvirkende årsak til at voldsbruk og dom på tvungent psykisk helsevern øker. Gode kliniske vurderinger av pasienter med psykosesymptomer og eventuelt ruspåvirkning i en utrygg livssituasjon vil være avgjørende for den enkelte og også for å ivareta samfunnsvernet.

Utvalget mener at et bredt og tilpasset tilbud i kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre behandling til pasienter og dermed også bedre ivaretakelse av samfunnsvernet. I langsiktig forebyggende øyemed er forsterkede kommunale bo- og tjenestetilbud og oppsøkende behandlingsteam (FACT Sikkerhet) som går på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten viktige strukturer rundt pasienten. I den løpende kontakten med pasienten er personalets kliniske kompetanse sentral, og kan sikres systematisk ved for eksempel Early Recognition Method (ERM) og Møte med aggresjon (MAP)). Utvalget vurderer at det er behov for en innovativ gjennomgang av ressurssetting (antall, kompetanse og profesjon) i polikliniske og ambulante psykiske helsetjenester sett opp mot døgnplasser. Prioriteringer i kommunene med fokus på tilstrekkelig forsterkede døgnbemannede boliger bør også gjennomgås.

# 12 Utfordringer med å vurdere beslutningskompetanse


Oppsummering

- Utfordringene med å vurdere beslutningskompetanse knytter seg både til juridiske og kliniske forhold. Det er utfordringer knyttet både til lovverket og det særegent strenge beviskravet «åpenbart» og til anvendelsen av loven, herunder manglende anerkjennelse av betydningen av pasientens valg. De kliniske utfordringene med kompetansevurderinger knytter seg særlig til pasienter med maniske symptomer, alvorlige spiseforstyrrelser, rusmiddelmisbruk og psykisk utviklingshemming.

- Manglende faglige eierskap til samtykkekompetanse hos klinikere, blant annet på grunn av mangelfull opplæring, synes å ha bidratt til utfordringene med kompetansevurderinger. Fagutvikling og forskning på kompetansevurderinger er forutsetninger for god opplæring og faglig eierskap.

- Å vurdere beslutningskompetanse innebærer både en klinisk vurdering av pasientens tilstand og en juridisk vurdering av vilkårene for tvungent vern. God forståelse av den kliniske og juridiske vurderingen av beslutningskompetanse vil kunne bidra til å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Primærhelsetjenesten, psykisk helsevern, kontrollkommisjoner og statsforvaltere, legger vekt på ulike sider ved den kliniske og den juridiske kompetansevurderingen.

- Dagens bruk av FARV i helsetjenesten er lite egnet i krevende kompetansevurderinger i psykisk helsevern. FARV var ment som en huskeliste for å gjøre kliniske kompetansevurderinger enklere. Likevel synes FARV å ha blitt anvendt som juridiske vilkår for bortfall av samtykkekompetanse. Tilsynsorganenes juridiske tilnærming til kompetansevurderingene synes å ha vært førende for klinikere. Mangelen på validerte verktøy for kompetansevurderinger kan ha forringet kvaliteten på kompetansevurderinger og bidratt til praksisforskjeller.

- Mange av de utfordringene med kompetansevurderinger som fremgår av innspillene til utvalget er allerede godt beskrevet i internasjonal faglitteratur gjennom flere tiår. I tillegg har det internasjonale fagfeltet kommet med en rekke forslag til hvordan disse utfordringene kan håndteres.


## 12.1 Innledning

Beslutningskompetanse knytter seg til evnen den enkelte har til å ta meningsfulle beslutninger for seg selv. Kompetansevurderinger retter seg mot pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av eget valg. Utvalget mener at det er mulig å vurdere beslutningskompetanse like pålitelig (reliabelt) og gyldig (valid) som andre vilkår den vedtaksansvarlige tar stilling til. På denne bakgrunnen anbefaler utvalget å utvikle og implementere et validert verktøy for kompetansevurderinger. Utvalget viser til omtalen i kapittel 4 om vurdering av beslutningskompetanse. Dette kapittelet ser nærmere på utfordringer med kompetansevurderinger som utvalget oppfatter som særlig krevende ut fra

innspill og faglitteratur. I dette kapittelet viser samtykkekompetanse til gjeldende vilkår i psykisk helsevernloven og beslutningskompetanse brukes som et mer generelt begrep.

Utvalget mener at vurderinger av beslutningskompetanse av god kvalitet er en forutsetning for rettssikkerheten i helsetjenesten. I mange tilfeller vil det være klart om pasienten enten har beslutningskompetanse eller ikke. Kompetansevurderinger er mer krevende og omfattende når det er tvil om pasienten er kompetent (Pedersen et al., 2017). Hvor krevende en kompetansevurdering er vil variere ut fra en rekke forhold, som pasientens tilstand, hvor godt kjent pasienten er fra tidligere, hvilke komparentopplysninger som foreligger og hvor erfaren den vedtaksansvarlige er. Gitt at kompetansevurderinger i psykisk helsevern ofte handler om å gjøre tiltak som pasienten motsetter seg, kan mange pasienter være skeptiske til den som skal gjøre vurderingen. Videre kan utenforliggende forhold som kulturelle, språklige og utdanningsrelaterte barrierer forhindre en pålitelig vurdering (Sessums et al., 2011).

De fleste personer med alvorlig psykisk lidelse vil være beslutningskompetente størstedelen av livet. For mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil beslutningskompetansen avhenge av den sykdomsfasen vedkommende er i. Ved en akutt psykotisk krise utløst av rusmiddelbruk, seponering av legemidler eller andre forhold, vil det gjerne være mer omfattende symptomer. Noen kliniske kjennetegn ved alvorlig psykisk lidelse, som psykosesymptomer og manglende sykdomsinnsikt, kan indikere manglende beslutningskompetanse (Okai et al., 2007). Det kan være vanskeligere å bedømme beslutningskompetansen etter lengre tids behandling hvor symptomene er blitt avbleket. Ved etablering av tvungent psykisk helsevern vil pasienten ofte være i en alvorlig sykdomsfase og oftere mangle beslutningskompetanse enn ved spørsmål om opprettholdelse av tvungent vern senere i behandlingsforløpet (Appelbaum et al., 1995; NOU 2011: 9, 2011). Utvalget ser at enkelte pasienter opplever flere negative sider med behandlingen enn positive, mens behandlere kan vurdere dette annerledes. Dette kan dreie seg om at pasienten opplever begrenset effekt av medisineringen fordi det kan ta tid før optimal behandling er etablert. Det kan også være at pasienten selv ikke opplever symptomene som like problematiske som andre gjør, eller det kan skyldes at den faglig ansvarlige ikke anerkjenner de bivirkninger som pasienten selv kjenner på kroppen.

Ressursgruppen for Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern sammenfatter flere av utfordringene knyttet til kompetansevurderinger i sitt innspill til utvalget:

> Vurdering av samtykkekompetanse er ingen «eksakt vitenskap». Vurderingen inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser og krever tid til refleksjon og diskusjon. Samtykkekompetanse er dynamisk og må vurderes konkret i forhold til det aktuelle spørsmålet som pasienten i det enkelte tilfellet skal ta stilling i. Pasientens samtykkekompetanse kan dessuten være fluktuerende i takt med pasientens tilstand, og enkelte pasienter kan i noen tilfeller skifte mellom å være samtykkekompetent og ikke-samtykkekompetent i løpet av dagen.

Utvalget støtter denne beskrivelsen av ulike utfordringer med å vurdere beslutningskompetanse. Etter utvalgets syn, kan kompetansevurderingene gjøres mer objektive gjennom forskning, validerte verktøy og opplæring.

## 12.2 Årsaker til at handlingsrommet i samtykkevilkåret ikke benyttes

Utvalget mener at handlingsrommet i vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke har blitt forstått og utnyttet i tilstrekkelig grad siden innføringen i 2017. Som omtalt i punkt 4.8, kan manglende anerkjennelse av dynamikken i forståelseskravet ha bidratt til at kravene til å

vurdere samtykkekompetanse har blitt tolket for strengt i noen situasjon siden 2017. Manglende faglig eierskap og opplæring i kompetansevurderinger kan ha bidratt til at handlingsrommet i vilkåret ikke har blitt benyttet. Utvalget mener at både opplæring og tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell om slike vurderinger er forutsetninger for at dette. Forskning og fagutvikling kan også bidra til større trygghet og mindre vilkårlighet i skjønnsutøvelsen.

Før lovendringene i 2017 inngikk pasientens evne til å samtykke som en del av vurderingene av vilkårene for tvungent vern. Vurderingen av pasientens sykdomsinnsikt inngikk i hovedvilkåret, og var særlig tett knyttet til pasientens evne til å samtykke. Ved psykisk helsevernloven av 1999 ble det tidligere begrepet «innleggelse uten eget samtykke» endret til «tvangsinnleggelse», hvor hovedvilkåret og tilleggsvilkårene (behandlings- eller farevilkåret) måtte være oppfylt for at pasienten kunne innlegges uten gyldig samtykke. I 2017 ble manglende samtykkekompetanse innført som et selvstendig vilkår for tvungent vern og behandling uten eget samtykke. Innspill til utvalget tyder på at det har vært krevende for klinikere å skille vurderingen av hovedvilkårene og tilleggsvilkårene fra kompetansevurderingen.

I forarbeidene til lovendringene i 2017, viser departementet til innspill om at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan oppfattes upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell ((Prop. 147 L (2015-2016), 2016), punkt 6.2.4). Departementet påpeker videre at innføringen av en kompetansebasert modell forutsetter god opplæring og veiledning om hvordan regelverket skal forstås og at beslutninger om samtykkekompetanse blir kvalitetssikret. Utvalget støtter departementets syn om betydningen av god implementering av en kompetansebasert modell, men mener at dette ikke har skjedd i praksis. Etter utvalgets syn, har innføringen av samtykkevilkåret i for stor grad basert seg på at endringene i lovverket i seg selv ville gi endringer i klinisk praksis, uten tilstrekkelig fokus på implementering, opplæring, fagutvikling, forskning og forhold som kan motvirke de uønskede virkningene.

### 12.2.1 Krevende å fastslå hva beslutningskompetanse er

Det kan være vanskelig å fastslå hva beslutningskompetanse er. Allerede i 1977 argumenterte Roth mfl. for at det ikke lar seg gjøre å finne en enhetlig definisjon av beslutningskompetanse. De mente at kompetansevurderinger er mer enn ordkløyveri og lovanvendelse; slike vurderinger reflekterer vel så mye sosiale hensyn og samfunnsmessige fordommer som helsefaglige og juridiske forhold (Roth et al., 1977). Et mindretall i NOU 2019: 14 peker i samme retning når det fremheves at «det er ytterst problematisk å fastslå hva beslutningskompetanse er, hvordan en kan avgjøre en persons beslutningskompetanse og hvem som har evner eller bakgrunn til å avgjøre slikt» (s. 808 flg.)

Utfordringene knyttet til kompetansevurderinger har blitt påpekt i ulike sammenhenger. I første høringsrunde til Tvangslovutvalget i 2019 kom det flere innspill om utfordringene med å vurdere beslutningskompetanse. We Shall Overcome påpekte at:

> Beslutningskompetanse er ikke en målbar størrelse, og det er overlatt til helsepersonells skjønn å vurdere om du har den eller fratas den. Det utgjør et rettssikkerhetsproblem at det samme helsepersonellet som avgjør hva slags behandlingsbehov personens anses å ha, også tildeles kompetanse til å avgjøre personens beslutningskompetanse.

Sivilombudets innspill til Tvangslovutvalget fremhevet at «som utvalgets flertall legger til grunn, skal kravet til manglende beslutningskompetanse være en «portvokter inn til

tvangsreglene». Portvokterfunksjonen vil ha liten verdi i praksis dersom lovhjemmelen ikke oppfyller nødvendige krav til presisjon og forutberegnelighet.»

Både definering og praktisering av begrepet beslutningskompetanse havner i skjæringspunktet mellom juss, medisinfag og etikk. Dette grenselandet kan det være vanskelig å navigere i. Mens jussen forholder seg til beslutningskompetanse som til stede eller ikke, er det kliniske perspektivet mer gradvis i sine overganger. Etikken havner et sted mellom det juridiske og kliniske perspektivet, og inngår som en sentral del av de skjønnsmessige vurderingene klinikere gjør. Den kliniske hverdagen er preget av skjønnsmessige vurderinger. Flere rettsregler bidrar ikke nødvendigvis til å lette disse vanskelige vurderingene, men kan skape nye tolkningsspørsmål. Dette bunner i grunnleggende ulikheter mellom medisinsk og juridisk tenkemåte: Mens medisinen retter seg mot nytten for den enkelte pasient (formålsrasjonalitet), tar jussen sikte på å lage regler som gir gode løsninger i de fleste tilfeller (normrasjonalitet) (Syse, 2007).

Den manglende graderingen i skillet mellom å være beslutningskompetent eller ikke, skaper spenning i møte med den kliniske tenkemåten. Denne spenningen gjenspeiler seg også i kravet til fravær av tvil i lovverket, som harmonerer dårlig med medisinsk formålsrasjonalitet, og som kan bidra til å fremmedgjøre klinikere fra eget lovverk (Jorem, 2023). Samtidig kan økt bevisstgjøring blant klinikere om krevende etiske dilemmaer ved tvangsbruk bidra til å riktigere tvangsbruk. Psykiater og sykehjemslege Egil Solberg setter ord på dette i sitt innspill til utvalget:

> Jeg kan forstå at det for jurister vil være ønskelig å kunne oppstille kriterier i helsehjelpen som er mest mulig objektive, og redusere rommet for skjønn. Skjønnsrommet har i mange år gitt fagpersoner som meg mye å si, og i mange tilfeller har det vært brukt feil. Det er dessverre slik at begrepet samtykkekompetanse ikke er stort mer objektivt enn de regler begrepet skal erstatte. I det man erkjenner dette, kan det oppstå positive effekter i helsetjenesten som helhet.

### 12.2.2 Krevende å fastsette en terskel for bortfall av beslutningskompetanse

Utvalget mener at det ikke lar seg gjøre å fastsette en terskel for bortfall av beslutningskompetanse som gjelder i alle situasjoner. Beslutningskompetanse er en dynamisk størrelse som vil variere ut fra hvilken beslutning pasienten skal ta. For å oppnå den nødvendige kvaliteten i kompetansevurderingen, er det behov for tilstrekkelig tid og informasjon. Dette inkluderer også utforming av en skriftlig begrunnelse av det juridiske vilkåret om manglende beslutningskompetanse. Samtykkevilkåret er et forsøk på å operasjonalisere og balansere autonomiprinsippet opp mot andre etiske prinsipper. Beslutningskompetanse er dermed ikke et begrep som defineres av lovgiver, men som fylles med innhold og utvikles gjennom forskning, faglige retningslinjer, etikk og rettspraksis.

Det er krevende å fastsette en terskel for bortfall av beslutningskompetanse som gjelder i alle situasjoner. Psykiater og sykehjemslege Egil Solberg påpeker i sitt innlegg til utvalget at «begrepets lave spesifisitet gjør at jeg kan skrive avgjørelser om samtykkekompetanse med forskjellige konklusjoner hos samme pasient, avhengig av hvor jeg legger terskelen for hva man må kunne anerkjenne, og kvaliteten på et resonnement.» Utvalget mener at det ikke nødvendigvis er mer krevende å vurdere beslutningskompetanse enn andre vilkår for tvungent vern. Praksisforskjeller oppstår hvis man ikke har en felles forståelse av hva som kan begrunne manglende kompetanse. FARV (forstå, anerkjenne, resonnere og valg) oppsummerer de viktigste elementene som inngår i ulike verktøy for å vurdere beslutningskompetanse. Utvalget

mener at forskning og validerte verktøy kan bidra til å gjøre disse vurderingene enklere i praksis.

Oppfatningen om at kompetansevurderinger er vanskelige i praksis, fremholdes også i juridisk litteratur. I artikkelen «Om endringene i psykisk helsevernloven fra 2017 - mere juss og mindre fag?» fra 2019 argumenterer Syse for at det er «vanskelig i praksis for klinikere (faglig ansvarlige for vedtak) å vurdere og beslutte fravær av samtykkekompetanse. At dette er en utfordring, kan utledes av lovteksten ved ordlyden «helt eller delvis dersom ...»» (Syse, 2019b). Syse mener også at dette bidrar til å gjøre overprøvingen av vilkåret vanskelig. Utvalget kommer med flere forslag for å tydeliggjøre vilkåret om manglende beslutningskompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd.

### 12.2.3 Beviskravet «åpenbart» er krevende å anvende i praksis

Helsedirektoratet påpeker i sitt innspill til utvalget at bestemmelsen om bortfall av samtykkekompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd er vanskelig tilgjengelig og anvendbar. Beviskravet «åpenbart» er særlig problematisk ifølge Helsedirektoratet, som oppfordrer utvalget til å vurdere om vilkårene og eventuelt beviskravet skal være like i tilfeller av samtykke som ved nektelse av helsehjelp. Ressursgruppen for Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern fremhever i sitt innspill til utvalget at:

> kontrollkommisjonene ofte synes bevisvurderingen (vurdering av FARV mv.) er vanskelig. Det er utfordrende at bevisvurderingsgrunnlaget er for dårlig i møtene våre, i tillegg til at selve kriteriet (rettsanvendelsen) oppleves vanskelig å fastlegge tilstrekkelig presist. Dette kan gi rom for forskjellig praktisering, hvilket i seg selv er uheldig.

Flere andre innspill til utvalget påpeker også at beviskravet «åpenbart» kan være problematisk. Statsforvalteren i Nordland skriver at «samtykkekompetanse er i seg selv en vanskelig størrelse, og kravet om at manglende samtykkekompetanse skal være «åpenbar» medfører ofte at tvil og usikkerhet hos den som skal vurdere blir et argument for at samtykkekompetanse foreligger».

Senter for medisinsk etikk (SME) skriver at:

> regelen om «åpenbart» manglende samtykkekompetanse kan gi urimelige utslag. I tillegg er Helsedirektoratets fortolkning kanskje for streng. Noe tvil bør trolig tillates, for eksempel slik som presisert i [e-læringskurs i vurdering av samtykkekompetanse i psykisk helsevern] eller en ytterligere oppmykning i beviskravet. Det er også mulig å koble beviskravet til konsekvensene av pasientens valg.

Utvalget støtter innspillene om at beviskravet «åpenbart» er problematisk. Dette beviskravet har vært uendret i pasient- og brukerettighetsloven siden 1999, og egner seg bedre for samtykke til helsehjelp ved somatiske lidelser enn ved behandlingsnektelse som er mer typisk for tvangssituasjoner i psykisk helsevern. Utvalget mener at «åpenbart» krever en uforholdsmessig høy grad av sikkerhet i ofte krevende kompetansevurderinger. Beviskravet blir sannsynligvis praktisert enda strengere på grunn av manglende opplæring og fordi klinikerne ikke har et validerte verktøy å støtte seg på. Etter utvalgets syn, gir beviskravet «overveiende sannsynlig», altså mer enn 50 prosent sannsynlig, en bedre balanse mellom pasientens rett til selvbestemmelse og rett til nødvendig helsehjelp.

### 12.2.4 Manglende faglig eierskap og opplæring i kompetansevurderinger

Utvalget mener at manglende faglig eierskap til beslutningskompetanse blant klinikere kan ha bidratt til utfordringene med kompetansevurderinger i psykisk helsevern siden 2017. Innspill til utvalget tilsier at vurdering av beslutningskompetanse ikke var kjent blant klinikere i psykisk helsevern og primærhelsetjenesten slik lovgiver forutsatte i 2017. Skjønnsmessige vurderinger av alvorlig sinnslidelse, selvmordsrisiko og voldsrisiko har lenge vært sentrale i spesialistenes opplæring og kliniske erfaring. Det finnes også validerte og mye benyttede verktøy på norsk som gir klinikeren støtte i vurderingene av blant annet voldsrisiko (for eksempel V-RISK-10). Ut fra innspill til utvalget synes kompetansevurderinger derimot å ha vært lite kjent da samtykkevilkåret ble innført i psykisk helsevern i 2017. Den opplæringen klinikerne hadde fått i kompetansevurderinger som del av implementeringen synes også å ha vært mangelfull, og mer knyttet til juridiske forhold enn komplekse kliniske vurderinger. Beslutningskompetanse som en dynamisk størrelse synes heller ikke å ha blitt viet særlig oppmerksomhet, som omtalt i punkt 4.8.

Innspill til utvalget taler for at det var mye oppmerksomhet på vilkåret om manglende samtykkekompetanse da det var nytt, men at tiltak for opplæring om vurderingene gradvis har avtatt. Vektlegging av skillet mellom samtykkekompetanse og sykdomsinnsikt som omtalt i punkt 12.4, kan ha bidratt til å forsterke inntrykket av at kompetansevurderinger var noe helt nytt i klinisk praksis. Ifølge SME-evalueringen synes opplæringen i kommunehelsetjenesten om helselovgivningen generelt og kompetansevurderinger spesielt å ha vært særlig mangelfull.

Kompetansevurderinger synes å ha fått et juridisk preg blant klinikere i psykisk helsevern. SME-evalueringen fra april 2023 tyder på at tilsynsorganenes lovforståelse har stor betydning for lokal praksis av tvang. Innspill til utvalget tyder også på variasjon i forståelsen av tvangslovgivningen blant statsforvalterne og kontrollkommisjonene. Selv om kompetansevurderinger i hovedsak gjøres av klinikere, erfarer utvalget at tilnærmingen til beslutningskompetanse i Norge langt på vei har blitt knyttet opp til det juridiske vilkåret, mens de kliniske og etiske delene av vurderingene har havnet mer i skyggen.

### 12.2.5 Betydningen av holdninger og verdier hos helsepersonell for lovanvendelsen

Samspillet mellom lovgivning og holdninger hos helsepersonell kan spille en viktig rolle for utfallet av kliniske vurderinger. En studie fra 2004 finner at helsepersonells holdninger til tvang i stor grad  sammenfaller med befolkningens (Lepping et al., 2004). Samtidig viser en norsk studie fra 2018 at det er stor variasjon i verdier knyttet til tvang blant helsepersonell (Aasland et al., 2018). Fare for andre og grad av lidelse hos pasienten har blitt trukket frem som sentrale begrunnelser for bruk av tvang i en studie av norske psykologer (Wynn et al., 2007). Dersom holdninger til tvang varierer mellom helsepersonell, skulle dette tilsi en økt variasjon i praksis dersom vilkåret om manglende samtykkekompetanse medfører en økt skjønnsmargin i tvangsvurderingene.

Forholdet mellom klinikeres holdninger og verdier og lovanvendelsen deres, kan belyse hvilken rolle samtykkevilkåret har fått i psykisk helsevern. Appelbaums artikkel fra 1997 om lovendringer i psykisk helsevern i flere land, tyder på at dersom en lovendring ikke reflekterer den gjengse oppfatning om tvang i befolkningen, vil klinisk praksis tilpasse lovforståelsen sin til denne holdningen (Appelbaum, 1997). Dersom lovendringen fjerner fokuset fra pasientens behandlingsbehov, vil endringen derimot møte motstand blant klinikere. Økt oppmerksomhet på selvbestemmelse etter lovendringene i 2017 kan ha blitt oppfattet som en instruks om

mindre å legge vekt på pasientens behandlingsbehov. Dette kan muligens ha bidratt til noe motstand blant klinikere, og kanskje også til mindre faglig eierskap til kompetansevurderinger.

I en studie av flere nordiske land fra 1997 finner Syse og Nilstun at psykiateres lovforståelse og praktisering av lovverket i noen grad er uavhengig av innholdet i nasjonal tvangslovgivning. Dette forklares med like holdninger og verdier knyttet til når det er rett å anvende tvang blant psykiatere på tvers av landegrensene (Syse et al., 1997). Dette taler for at tvangslovgivningens innhold har begrenset betydning for utfallet av tvangsvurderinger. Betydningen av holdninger og verdier hos vedtaksansvarlige er sannsynligvis ikke vesentlig annerledes for samtykkevilkåret enn for de øvrige vilkårene for tvangsbruk i psykisk helsevernloven. Etter utvalgets mening er det ikke noe iboende i samtykkevilkåret som gjør det mer utsatt for utenforliggende hensyn enn øvrige vilkår for tvang i psykisk helsevernloven. Videre er det lite sannsynlig at holdninger og verdier til tvangsbruk blant vedtaksansvarlige har endret seg nevneverdig siden 2017. Manglende opplæring, validerte verktøy og kvalitetssikring av kompetansevurderinger, i tillegg til strengt beviskrav og generelt høy terskel for døgnbehandling i psykisk helsevern, kan ha økt muligheten for at samtykkekompetansevilkåret har blitt brukt for å etterkomme de politiske signalene om tvangsreduksjon, til tross for at behandlernes egne verdier kan ha tilsagt noe annet.

Innføringen av samtykkevilkåret har synliggjort konflikten mellom den kliniske og juridiske kulturen i psykisk helsevern. Begrepet beslutningskompetanse har sitt opphav i jussen snarere enn i det medisinskfaglige. Det har betydning for hvordan begrepet skal forstås og praktiseres, og vanskeliggjør vurderingen. Det rettslige utgangspunktet om at pasienter har beslutningskompetanse kan også føre til at klinikere forutsetter at pasienten er kompetente når den i realiteten mangler (Lepping et al., 2015; Sessums et al., 2011). Denne forutsetning kan være særlig fremtredende overfor pasienter uten kompetanse som samarbeider om behandling, og kan føre til at pasientens kliniske og sosiale behov blir undervurdert. Ut fra innspill til utvalget får den juridiske tenkemåten en stadig større innpass i den kliniske hverdagen. Samtidig må jurister, for eksempel i kontrollkommisjoner og domstoler, gjøre utpregede kliniske samtykkevurderinger ved prøving av tvangsvedtakets gyldighet. Kravet til begrunnelsen for vedtak øker graden av etterprøvbarhet. Når innholdet i begrepene knyttet til beslutningskompetanse og sykdomsinnsikt er krevende å definere, gjør det de også vanskelig å etterprøve (Owen et al., 2009). Sivilombudet synliggjør behovet for etterprøvbare begrunnelser av vedtak i sin kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern i 2022 (Sivilombudet, 2022b). Rettssikkerhetshensyn tilsier en synliggjøring av hvilke vurderinger som har blitt gjort, men medfører samtidig økte dokumentasjonskrav for klinikere som får mindre tid til pasientkontakt.

## 12.3 Pasientgrupper hvor kompetansevurderinger er særlig utfordrende

SME-evalueringen til utvalget fra april 2023 trekker frem pasienter med maniske symptomer, alvorlige spiseforstyrrelser og rusmiddelmisbruk som særlig krevende å vurdere beslutningskompetansen hos. Pasienter med maniske symptomer kunne ha tildekkende atferd og vekslende beslutningskompetanse som gjorde kompetansevurderingene krevende. Videre fremgår det av SME-evalueringen at pasienter med maniske symptomer og spiseforstyrrelser kan bagatellisere egne symptomer, ikke anerkjenne eget funksjonstap og ofte være flinke til å snakke for seg som kan gjøre at kompetansen deres blir vurdert som bedre enn den reelt sett er. Videre kan høy kognitiv funksjon gjøre det vanskelig å anvende FARV, som gjør at vedtaksansvarlige må bruke mer tid på kompetansevurderingene og er i behov for grundigere informasjon om pasientens funksjon ifølge SME-evalueringen.

Ulike pasientgrupper vil gi ulike utfordringer i forbindelse med kompetansevurderinger. Kompetansevurderinger kan være ulike for somatiske og psykiske lidelser, og dette kan ha betydning for utfallet av vurderingen. I en artikkel fra 2013 finner Owen mfl. at manglende anerkjennelse (A i FARV) er en særlig fremtredende årsak til bortfall av beslutningskompetanse ved psykiske lidelser (Owen et al., 2013). Dette knyttes til at tilstander som schizofreni og manisk psykose i seg selv kan innebære vansker med å anerkjenne den relevante informasjonens gyldighet i egen situasjon. På den andre siden er manglende resonnering (R i FARV) mest fremtredende ved bortfall av beslutningskompetanse hos personer med somatiske lidelser. Dette fordi tilstander som gir svekket kognitiv fungering som demens blir hyppigere behandlet på somatiske avdelinger (Owen et al., 2013).

Det kan være utfordrende å vurdere beslutningskompetanse for en del pasienter med akutte alvorlige depressive og maniske tilstander. Både alvorlige depressive og maniske tilstander kan påvirke kapasiteten til å treffe beslutninger. Ifølge en artikkel fra 2019 skyldes dette ikke nødvendigvis manglende bokstavelig forståelse av spørsmål, men at personens fremtidsperspektiv som beslutningen skal veies opp mot kan være sterkt fordreid sammenlignet med i frisk tilstand (Owen et al., 2018).

En annen utfordring er at en overflatisk høy funksjon kan dekke over en manglende beslutningskompetanse (Kane et al., 2022). Eksempelvis kan en verbalt sterk person med maniske symptomer feilaktig antas å være kompetent. Personer med maniske symptomer vil ofte ha en varierende funksjon gjennom døgnet. De kan også ha vrangforestillinger om hvordan sykdommen kan påvirke egen arbeidssituasjon eller andre personlige forhold. Konsekvensene av å takke nei til behandling kan i slike tilfeller være alvorlige, og bør inngå i kompetansevurderingen (se omtale i punkt 4.4).

Personer med alvorlig spiseforstyrrelse vil kunne ha en tilsynelatende god forståelse av den informasjonen som gis. Likevel kan vedkommende ha begrenset innsikt i alvorlige negative konsekvensene av å si nei til behandling. Dette kan medføre at vedkommende mangler evne til å resonnere med denne informasjonen i forhold til eget behandlingsvalg. Det kan her være vanskelig å skille mellom pasientens egen beslutning eller om den er drevet av sykdom i forbindelse med kompetansevurderinger. Men hvor går grensen mellom pasientens verdivalg og at sykdommen tar valget for pasienten? Alvorlige spiseforstyrrelser synliggjør betydning av verdier i kompetansevurderingen. Hvor går grensen mellom pasientens verdivalg om ikke å spise og at pasientens manglende matinntak skyldes sykdommen? Slike verdivalg har blitt betegnet som «patologiske verdier», hvor pasientens valg baserer seg på sykdommen (Tan et al., 2006). En person som ikke har tilgang til sine underliggende verdier grunnet sykdom kan ha problemer med å ta en autonom beslutning om helsehjelp (Hermann et al., 2016).

Kompetansevurderinger kan være særlig utfordringer ved rusutløste psykoser. Et viktig spørsmål er hvilken betydning manglende evne til å etterleve egne beslutninger om for eksempel å avholde seg fra rusmidler eller ta imot rusbehandling skal ha for kompetansevurderingen. Abstinenssymptomer kan gjøre utfordringene med etterlevelse særlig uttalte. Samtidig er det viktig å skille mellom bortfall av beslutningskompetanse som skyldes akutt ruspåvirkning og kognitiv svekkelse som følge av ukritisk rusbruk over tid. Ved akutt ruspåvirkning vil de fleste gjenvinne beslutningskompetansen relativt kort tid etter rusinntaket. Utvalget støtter her Tvangslovutvalget, og viser til deres drøftelse i NOU 2019: 14 punkt 21.3.5.3. Dette vil også være relevant ved samtidig rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse. Personer blir gjerne raskt bedre av en akutt rusutløst psykose, noe som kan dekke over en vedvarende funksjonssvikt forårsaket av en eventuelt underliggende primær psykoselidelse.

Samtidig lar schizofreni og rusutløste psykoser seg vanskelig skille i en akuttfase (Medhus et al., 2013). Det kan være krevende for klinikere å komme i posisjon til å utrede en primærpsykose. Dette gjelder særlig for personer med gjentatte rusutløste psykoser. I tillegg kan det være store variasjoner i personens beslutningskompetanse, som kan vanskeliggjøre stabile rammer for en slik utredning. På den andre siden kan tilbakeholdenhet med å sette en schizofrenidiagnose føre til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke får den helsehjelpen de trenger (Bramness et al., 2023). Utvalget mener at innføringen av samtykkevilkåret sannsynligvis har bidratt til utfordringer knyttet til å få gjennomført en tilstrekkelig utredning av primærpsykose i denne pasientgruppen, blant annet på grunn av vekslende beslutningskompetanse under oppfølgingen. I tillegg kan øvrige endringer i det psykiske helsevernet og samfunnet spille ha bidratt til dette (se omtale i punkt 3.5).

En vedvarende utfordring er tilfeller hvor personen anses å ha beslutningskompetanse ut fra FARV, men hvor sykdommen fremdeles er årsaken til behandlingsnektelsen. Eksempelvis kan en person med alvorlig spiseforstyrrelse til en viss grad se konsekvensene av å nekte helsehjelp, men sykdommen anses som den underliggende årsaken til valget. Et annet eksempel er en rusmiddelmisbruker som har intakt forståelsesevne ut fra FARV, men hvor behandlingsnektelsen er styrt av abstinens. I noen tilfeller av alvorlig spiseforstyrrelse kan vilkåret om «fare for eget liv» være oppfylt. Mens hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» etter phvl. § 3-3 nr. 3 kan være oppfylt ved alvorlig spiseforstyrrelse (se omtale i punkt 3.6.1), vil ikke hovedvilkåret være oppfylt ved rusmiddelmisbruk alene etter gjeldende rett. Ut fra gjeldende rett kan en tvangsinnleggelse av en kompetent person i psykisk helsevern dermed være aktuelt ved alvorlig spiseforstyrrelse, men ikke ved rusmiddelmisbruk alene. I lovutkastet til Tvangslovutvalget er «sterkt behov» for hjelp hovedvilkåret for tvang, som vil gi anledning til å tvangsbehandle rustilstander hvor personen mangler beslutningskompetanse og øvrige vilkår er oppfylt (se NOU 2019: 14 punkt 24.8 og lovutkastet § 5-4).

## 12.4 Forholdet mellom begrepene beslutningskompetanse og sykdomsinnsikt

Det kliniske begrepet sykdomsinnsikt knytter seg til pasientens forståelse og anerkjennelse av egen tilstand, og overlapper med beslutningskompetanse. Utvalget mener at økt vektlegging av likhetstrekkene mellom vurderingene av sykdomsinnsikt og beslutningskompetanse kan bidra til økt faglig eierskap til kompetansevurderinger blant klinikere. Utvalget viser til omtalen av forståelseskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd og betydningen av sykdomsinnsikt i punkt 4.3.1.

I klinisk praksis betegner begrepet sykdomsinnsikt hvordan pasienten forholde seg til sine egne psykiske symptomer, på bakgrunn av hvordan pasienten forstår, tar imot og aksepterer informasjon om sin tilstand (Jorem, 2019). Manglende sykdomsinnsikt har grovt sett to årsaker: for det første kan personens kognitive kapasitet være varig eller midlertidig nedsatt som følge av forgiftning eller alvorlig fysisk eller psykisk sykdom, for det andre kan de psykiske symptomer i seg selv, for eksempel vrangforestillinger om personen selv eller omgivelsene, gjøre det vanskelig å erkjenne at personens symptomer er forårsaket av en sykdom. Redusert sykdomsinnsikt er imidlertid ikke ensbetydende med at pasienten mangler beslutningskompetanse. En pasient uten noen sykdomsinnsikt vil imidlertid sjelden vurderes som kompetent. Dette fordi manglende aksept av personens symptomer som uttrykk for en sykelig tilstand vil gjøre det svært vanskelig å forstå informasjon om den aktuelle helsehjelpen og konsekvensene av å nekte denne. Hvis sykdomsinnsikt forstås som en flerdimensjonal størrelse som inkluderer erkjennelse av psykisk lidelse, gjenkjennelse av symptomer som patologiske og erkjennelse av behandlingsbehov, vil begrepet langt på vei sammenfalle med hvordan beslutningskompetanse defineres (Helsedirektoratet, 2017c). Ut fra elementene i

FARV vil dette i særlig grad gjelde forståelse og anerkjennelse (F og A i FARV) i kompetansevurderingen.

Forholdet mellom sykdomsinnsikt og beslutningskompetanse varierer mellom ulike psykiske tilstander. Manglende sykdomsinnsikt er som nevnt over ofte nært forbundet med psykosesymptomer, særlig vrangforestillinger (Cairns et al., 2005), og er ofte til stede ved schizofrenilidelser og vanlig ved maniske tilstander (Amador et al., 2004). I en artikkel fra 2009 finner Owen mfl. en større grad av sammenheng mellom sykdomsinnsikt og beslutningskompetanse ved psykose og bipolar lidelse enn ved ikke-psykotiske tilstander (Owen et al., 2009). Sykdomsinnsikt synes dermed å være nært knyttet til beslutningskompetanse hos pasienter hvor spørsmålet om tvang i psykisk helsevern kan være relevant.

Sykdomsinnsikt er det kliniske begrepet som kommer nærmest det rettslige innholdet i beslutningskompetanse. I den nevnte artikkelen fra 2009 fremhever Owen mfl. likevel at innholdet i begrepet sykdomsinnsikt er vanskelig å definere på en måte som gjør at det kan etterprøves (Owen et al., 2009). Problemet med etterprøvbarhet er tidligere påpekt å være tilstede også for beslutningskompetanse, se for eksempel Syses nevnte artikkel fra 2019 (Syse, 2019b).

Vurdering av sykdomsinnsikt har flere likhetstrekk med kompetansevurderinger. Sykdomsinnsikt spiller en viktig rolle i diagnostisering av psykiske lidelser, og særlig alvorlig psykisk lidelse. I vurderingen av om hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» for tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3) er oppfylt, står sykdomsinnsikt sentralt (NOU 2011: 9, 2011). I en artikkel fra 2021 argumenterer Kim mfl. for at et selvstendig vilkår om manglende beslutningskompetanse i moderne tvangslovgivning er et fremskritt sammenliknet med vilkår som er tettere knyttet opp til diagnose og har en implisitt indikasjon om beslutningskompetanse (Kim et al., 2021). Hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» er et eksempel på dette, hvor sykdomsinnsikt inngår som en del av vurderingen av om vilkåret er oppfylt.

I forbindelse med lovendringene i 2017 ble skillet mellom samtykkekompetanse fra sykdomsinnsikt fremhevet av sentrale helsemyndigheter. Ut fra innspill til utvalget synes skillet mellom disse to begrepene å ha fått mindre oppmerksomhet etter hvert som klinikere har tatt i bruk samtykkevilkåret og integrert det i sin kliniske praksis. Et bredere klinisk begrep for sykdomsinnsikt enn det juridiske som brukes i HR-2020-1167-A kan være en av forklaringene på dette.

## 12.5 Ambivalens, impulsivitet og vekslende forståelsesevne

Personer med alvorlig psykisk lidelse kan være ambivalent til helsehjelp. Utvalget mener det må være en viss grad av konsistens i pasientens begrunnelser for sitt valg over noe tid for å vurderes å ha gjenvunnet beslutningskompetansen. Samtidig anerkjenner utvalget at noen personer er ambivalent til de fleste beslutninger, og kan være i behov for mer beslutningsstøtte.

I flere innspill til utvalget påpekes det at samtykkekompetanse kan variere på ulike tidspunkt og at det ikke tas nok høyde for dette. Statsforvalteren i Oslo Viken fremhever utfordringene med å vite hvordan pasienter med svingende samtykkekompetanse skal vurderes, da kompetansen kan forandres på bare noen timer eller dager. På bakgrunn av dette fremmer de problemstillingen «hvilket tidsperspektiv samtykkekompetanse skal vurderes.» Tilsvarende

skriver Helse Sør-Øst at «samtykkekompetansekriteriet betyr også at de så snart de er vurdert samtykkekompetent enten av spesialisten eller kontrollkommisjonen må skrives ut til tross for at sykdomstilfellet fortsatt er alvorlig og tilfriskningsprosessen er i en startfase. Dette betyr igjen pasienten mister sin tidligere rett til lengre behandling og tilfriskning slik kriteriene i tidligere lovverk la til grunn.»

Vekslende grad av forståelsesevne kan medføre krevende kompetansevurderinger. Dette gjelder særlig tilstander hvor det foreligger hyppige skifter i beslutninger om helsehjelp og det er tvil om relevant informasjon er forstått. En kvalitativ studie fra 2020 av Løvsletten mfl. finner at innføringen av samtykkevilkåret bidro til å gjøre vurderinger av vilkårene for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) mer utfordrende fordi kompetansen kunne veksle hos personer med psykotiske symptomer (Løvsletten et al., 2020). Et sykdomsforløp kan ha ulike faser. En pasient kan være mindre preget av psykiske symptomer i en tidlig sykdomsfase, og mer preget i den neste, eller omvendt. Det kan også være hyppigere skifter for eksempel ved at pasientens ønsker eller begrunnelser er svært preget av psykiske symptomer på starten av dagen, for deretter å være mindre preget senere samme dag. Hyppigheten av svingningene og hvordan disse påvirker pasientens begrunnelser og ønsker kan inngå i kompetansevurderingen. Dersom pasientens symptomtrykk varierer fra time til time, kan det være vanskelig å komme til at vedkommende ut fra en helhetsvurdering er beslutningskompetent. På den annen side kan mindre symptomer i en lengre periode tilsi at pasienten vurderes beslutningskompetent. I situasjoner med variasjon i symptomtrykk bør man prøve å avklare hva pasienten i sin beste tilstand gir uttrykk for, og forholdene bør legges best mulig til rette for å avklare dette.

En del pasienter med alvorlig psykisk lidelse anerkjenner likevel aldri at de er syke eller trenger behandling. Og selv om de anerkjenner sykdommen sin, kan noen mene at behandling er klart uønsket. Eksempelvis kan pasienter med vrangforestillinger ha en varierende grad av avstand til disse og det kan variere hvor tildekkende de er overfor andre. Da kan det oppstå en situasjon hvor pasienten i samtaler med behandleren fremstår lite påvirket av sine vrangforestillinger. Sykdommen kan derimot påvirke pasientens atferd til å nekte behandling, for eksempel på grunn av forestillinger om forgiftning ved tablettinntak. Det vil da kunne avdekkes at pasienten ikke anerkjenner relevant informasjon om det som kan være effektiv medikamentell behandling. Pasienten kan derfor heller ikke resonnere rundt og avveie ulike behandlingsalternativer. For å vurdere pasientens beslutningskompetanse er det derfor i de fleste tilfeller nødvendig å innhente opplysninger fra pårørende og andre som kjenner pasienten godt, for eksempel ansatte i kommunehelsetjenesten.

Utvalget mener i likhet med Tvangslovutvalget at pasienten bør være i stand til å gi uttrykk for et noenlunde konsistent standpunkt dersom man skal bli regnet som kompetent i viktige beslutninger om helsehjelp. Tvangslovutvalget påpeker at det å være i stand til å konkludere på bakgrunn av resonnering og vekting av fordeler og ulemper er en forutsetning for beslutningskompetanse. Samtidig presiserer Tvangslovutvalget at man her må skille mellom det ikke kunne og ikke ville ta en beslutning (NOU 2019: 14, 2019, s. 444). Utvalget støtter Tvangslovutvalget i disse betraktningene. Slik utvalget ser det må det være en rimelig sammenheng mellom ønsker og begrunnelser, og dersom pasienten skifter mening svært ofte eller vilkårlig vil dette ikke være forenlig med beslutningskompetanse. Dette er også i tråd med en artikkel av Gergel og Owen fra 2015 som påpeker at en viss grad av konsistens i pasientens begrunnelser og ønsker over noe tid vil være rimelig å forvente av noen som vurderes beslutningskompetente (Gergel et al., 2015).

## 12.6 Manglende informasjon til å vurdere beslutningskompetanse

Manglende informasjon om pasienten kan by på utfordringer ved kompetansevurderinger, særlig i akuttsituasjoner. I slike situasjoner er pasienten oftest ukjent for vurderende lege, rus kan være en del av bildet og pårørendes informasjon kan være fraværende. Vurderingen av pasientens tilstand vil ofte basere seg på en sammenlikning av pasientens beskrivelse med opplysninger fra andre. Disse opplysningene kommer ofte fra pårørende eller andre deler av hjelpeapparatet, blant annet fra kommunehelsetjenesten. Det kan være krevende for helsepersonell å vurdere pasientens tilstand og behov for videre helsehjelp uten tilgang til tilstrekkelig informasjon. Dette kan også gjøre det vanskelig for helsepersonell å informere pasienten om sin vurdering, som står sentralt beslutningskompetanse. En akutt psykose eller en alvorlig depresjon kan redusere pasientens kommunikasjonsevne. Dette kan også gjøre det krevende å fastslå om pasienten har forstått informasjonen som er gitt. Det kan være krevende å få frem et klart bilde av evnen til å resonnere ut fra informasjonen og om pasienten evner å uttrykke et valg. Nedsatt evne til kommunikasjon og manglende språkforståelse kan også svekke kvaliteten på informasjonsgrunnlaget for kompetansevurderingen. Manglende interesse for eller samarbeid i samtalen med vedtaksansvarlig kan også utfordre informasjonsgrunnlaget for vurderingen.

## 12.7 Hvordan håndtere falske positive og falske negative kompetansevurderinger?

Helsepersonell må ta stilling til en rekke kompliserte forhold i forbindelse med kompetansevurderinger. Vurderingen av vilkårene etter phvl. §§ 3-2 eller 3-3 må gjøres innen 24 timer etter at personen er ankommet institusjonen. Særlig når personen er ukjent fra tidligere, utgjør dette en kort observasjonstid i avdelingen. I motsetning til observasjon av hoved- og tilleggsvilkårene som kan vurderes på bakgrunn av opptil 10 dagers observasjon etter § 3-2 nr. 3, må vedtaksansvarlig ta stilling til samtykkevilkåret med et strengt beviskrav («åpenbart») innen 24 timer. Dette er kort tid hvis avgjørende informasjon om personens sykdomsutvikling og basale funksjonsnivå mangler. Senere i forløpet vil man ofte ha et bedre grunnlag for å gjøre disse vurderingene. I en akuttsituasjon vil det være vanskeligere å innhente all relevant informasjon for en kompetansevurdering. Helsepersonell vil som regel heller ikke være kjent med om det finnes supplerende, relevant informasjon som burde vært innhentet. Når helsetjenesten har blitt bedre kjent med pasienten og fått relevante komparentopplysninger, vil det faktiske grunnlaget for en tvangsvurdering være bedre.

Utvalget mener at det kan være krevende å gjøre kvalitativt gode vurderinger av beslutningskompetanse og voldsrisiko i løpet av 24 timer etter innleggelse i det psykiske helsevernet. Det er vanskelig å vurdere beslutningskompetanse i enkelte tilfeller allerede i innleggelsessituasjonen. Det samme gjelder vurdering av voldsrisiko. Dersom pasienter som genuint ikke er kompetent blir feilaktig oppfattet som det og derfor ikke blir innlagt, vil de gå glipp av nødvendig helsehjelp. Det samme vil gjelde dersom en person med alvorlig sinnslidelse (samtykkekompetent eller ikke), feilaktig ikke blir oppfattet som å fylle farevilkåret i § 3-3 og derfor ikke innlagt. Dette kan eventuelt også få betydning for samfunnsvernet.

Formålet med kompetansevurderinger som del av vilkårene for tvangsvedtak er at en pasient som ikke oppfyller vilkårene, ikke skal utsettes for tvang. Motsvarende kan en pasient som mangler beslutningskompetanse og oppfyller de øvrige vilkårene, få behandling selv om vedkommende ikke selv ser behovet. Man kan sette dette opp i en tabell der venstre kolonne er hvordan den faglig ansvarlige vurderer beslutningskompetansen, mens den øverste raden er

hva som hadde vært den ideelle kompetansevurderingen hvis alle krav til informasjon og kvalitet var oppfylt:

| | Sann beslutningskompetanse | Sann manglende beslutningskompetanse |
|---|---|---|
| Vurdert til å være beslutningskompetent | Frivillig behandling | Ikke tvangsinnlagt (**falsk negativ**) |
| Vurdert til ikke være beslutningskompetent | Ble tvangsinnlagt selv om det ikke var grunnlag for det (**falsk positiv**) | Ble tvangsinnlagt |

Tabell 12.1: Forholdet mellom vurdering av beslutningskompetanse og sann beslutningskompetanse.

Dersom det viktigste er å unngå falske positive vurderinger (altså at pasienter som faktisk er kompetente vurderes til ikke å være det), bør alle saker der det kan være tvil, bli vurdert til ikke å hjemle innleggelse. Det kan også hjelpe å heve terskelen for å konkludere med manglende beslutningskompetanse. Begge disse tiltakene vil kunne føre til at gruppen falske negative vil bli større (altså at pasienter som mangler beslutningskompetanse blir vurdert til å være kompetente). Omvendt, dersom det anses viktigst at alle som kunne kvalifisere til å bli vurdert med manglende kompetanse, blir innlagt, og en åpner opp for mye tvil og senket terskel, så ville gruppen med falske positive bli større.

I likhet med andre viktige kliniske vurderinger, er kompetansevurderinger skjønnsmessige. Det innebærer at i tvilstilfeller kan vedtaket komme ut på begge sider av streken avhengig av hvem som vurderer. Falske positive og falske negative utfall forutsetter at det finnes et sant utfall for vurderingen. Samtidig synliggjør disse to utfallene fallgruver knyttet til kompetansevurderingene.

I strafferetten sier man gjerne at det er bedre om ti skyldige går fri (falsk negativ) enn at en uskyldig (falsk positiv) blir dømt. I forbindelse med kompetansevurderinger er bildet mer sammensatt. Noen vil mene at det må gjelde tilsvarende for samtykkevilkåret som i strafferetten, altså at man for enhver pris må unngå at en person som ikke helt sikkert oppfyller vilkåret (falsk positiv) blir tvangsinnlagt. Andre vil mene at det er mer uheldig om en alvorlig syk person som mangler samtykkekompetanse ikke får hjelp gjennom tvungent vern, enn om en som «bare» er alvorlig syk og ikke mangler samtykkekompetanse blir feilaktig vurdert til å manglende samtykkekompetanse (falsk positiv) og underlagt tvungent vern. Dette synspunktet er trolig mer kontroversielt dersom det tvungne vernet også innebærer behandling uten eget samtykke, som gjerne anses som et mer inngripende tiltak enn frihetsberøvelsen.

Utvalget mener at en bør unngå både falske positive og negative kompetansevurderinger ved å heve kvaliteten på vurderingene. Det kan være variasjoner i enkeltpasienters tilstand og situasjon som kan få betydning for utfallet av vurderingene. Det kan hevdes at føringene til myndighetene ved innføring av samtykkevilkåret kan ha bidratt til at det ikke er likevekt mellom falske negative og falske positive, idet størst vekt ble lagt på å unngå falske positive vurderinger ved føringer som at det i tvilstilfeller skulle antas at pasienten har samtykkekompetanse i tråd med det særegent strenge beviskravet («åpenbart»). Utvalget mener at lovverket bør praktiseres så likt og godt som mulig. Likevel erkjenner utvalget at både falske negative og falske positive kompetansevurderinger vil forekomme fremover også.

## 12.8 Hvor ofte skal beslutningskompetanse vurderes?

Utgangspunktet er at pasientens beslutningskompetanse skal vurderes når tilstanden synes endret. Dette vil bero på en konkret vurdering av det enkelte tilfellet (Jorem, 2019). Ved mistanke om en rusutløst psykose, vil det ofte være en løpende vurdering av om pasienten har gjenvunnet kompetansen etter hvert som rusvirkningen avtar (Helsedirektoratet, 2017c). Utvalget ønsker likevel å fremheve at alle vilkårene for tvungent vern skal vurderes fortløpende. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse skal verken vurderes hyppigere eller sjeldnere enn de øvrige vilkårene. Det er også viktig at helsepersonell legger forholdene til rette for å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Pasienten må få god informasjon på forhånd, og det må settes av nok tid til å foreta vurderingen. På denne måten blir pasientens selvbestemmelse ivaretatt best mulig. Hos pasienter med vekslende kognitiv funksjon er det særlig viktig å legge forholdene til rette og bruke god tid på kompetansevurderingen (Jorem, 2019).

## 12.9 Hvilken situasjon knytter beslutningskompetansen seg til?

Et tilbakevendende spørsmål er hvilken situasjon pasientens beslutningskompetanse knytter seg til. Fafo-rapporten «I grenseland» fra 2023 skriver at kompetansevurderinger i psykisk helsevern tar utgangspunkt i hvordan pasienten fungerer på institusjon. Der beskrives det at vedtaksansvarlig derimot ikke tar tilstrekkelig hensyn til situasjonen i kommunen som personen eventuelt skal skrives ut til (Skog Hansen et al., 2023).

Utvalget støtter disse betraktningene, og mener at kompetansevurderingene også må omfatte informasjon om pasientens funksjon uten psykisk helsevern og konsekvensene av pasientens beslutning. Det innebærer at konsekvensene av utskrivelse for pasientens funksjonsnivå også må inngå i vurderingen. Dermed må konsekvensene av å bli utskrevet til egen bolig med for eksempel en historikk med rusmiddelbruk og påfølgende forverring av psykotiske symptomer tas med i kompetansevurderingen. Se nærmere om skjerpet krav til forståelse ved alvorlige konsekvenser av et behandlingsvalg og beslutningskompetanse som en dynamisk størrelse i punkt 4.4. Utvalget mener det er viktig at informasjon om pasientens funksjon før innleggelsen legges til grunn for kompetansevurderingen. Det kan være aktuelt å innhente komparentopplysninger fra blant annet pårørende og kommunen for å belyse hvordan pasienten har fungert. I saker der det også vil være relevant å vurdere farevilkåret, kan opplysninger fra politiet også være relevante å innhente.

## 12.10 Hvordan skille ulike kompetansevurderinger fra hverandre?

Det kan være vanskelige å skille ulike kompetansevurderinger fra hverandre. Når en person er under tvungent psykisk helsevern, vil det ofte være et behov for medikamentell behandling. Personens beslutningskompetanse må også vurderes i forbindelse med vedtak om behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4). I tillegg skal pasientens kompetanse vurderes i forbindelse med både nærmeste pårørendes rett til informasjon (pbrl. § 3-3 andre ledd) og rett til medvirkning (pbrl. § 3-1 tredje ledd). Dersom det er blir aktuelt å gi tvungen somatisk helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A, må det i tillegg gjøres en konkret kompetansevurdering i dette tilfellet. Det kan være krevende å skille de ulike kompetansevurderingene fra hverandre i praksis. Og hva skal til for at en person skal ha beslutningskompetanse til det ene og ikke det andre?

I Helsedirektoratets innspill til utvalget fremgår det at skillet mellom ulike vurderinger av samtykkekompetanse for tvungent vern og tvangsmedisinering er særlig:

> problematisk i relasjon til TUD-pasienter, da tvungent vern for disse pasientene (i de aller fleste tilfellene) først og fremst består av legemiddelbehandling. Ergo; dersom pasienten synes å forstå behovet for legemiddelbehandling og aksepterer å ta dette, er det vanskelig å se at pasienten ikke også forstår behovet for psykisk helsevern.

Utvalget vil bemerke at det finnes pasienter som i utgangspunktet tar imot legemidler uten fullt ut å forstå indikasjonen. Et fravær av vedtak om TUD kan sette slike pasienter i en vanskelig situasjon dersom kontakten med psykisk helsevern blir frivillig med fare for at det glir ut. Utvalget mener derfor at man ikke uten forbehold kan si at der det ikke er behov for vedtak om behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4), er det heller ikke behov for TUD.

Utvalget mener det er behov for en avklaring av hvordan man skiller ulike kompetansevurderinger fra hverandre i klinisk praksis. Dette gjelder særlig hvordan klinikere skal skille kompetansevurderingene for tvungent vern og tvungen behandling. Etter utvalgets syn, bør disse problemstillingene inngå i utarbeidelsen av nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger.

## 12.11 Utfordringer med å bruke FARV i kompetansevurderinger

FARV oppsummerer de viktigste elementene som inngår i ulike verktøy for å vurdere beslutningskompetanse. Disse verktøyene har ikke blitt validert eller tatt i bruk systematisk i norsk sammenheng. Utvalget mener at FARV ikke er egnet til å sikre pålitelige (reliable) og gyldige (valide) kompetansevurderinger uten validerte verktøy og kvalitetssikring. Dette gjelder spesialist i tilfeller av tvil. Samtidig mener utvalget at FARV kan ha en funksjon i klinisk praksis hvis det understøttes av både validerte verktøy og kvalitetssikring, sammen med god opplæring, forskning og fagutvikling.

### 12.11.1 FARV er krevende å anvende i praksis

Overgangen (det såkalte «translational gap») fra elementene i FARV til den konkrete kompetansevurderingen byr på utfordringer i klinisk praksis (Kim et al., 2021). Det kan også være vanskelig å skille elementene i FARV fra hverandre. Eksempelvis kan det være vanskelig å skille anerkjennelse og resonnement. Innholdet i de ulike elementene vil også kunne variere, for eksempel at anerkjennelse forstås ulikt blant klinikere. I forbindelse med innføringen av samtykkevilkåret i 2017 ble det gitt få føringer for hvordan selve vurderingen av beslutningskompetanse konkret skulle gjennomføres.

Flere av innspillene til utvalget problematiserer praksisen for hvordan samtykkekompetanse blir vurdert. Ifølge innspillene kan elementene i FARV oppleves uklare og vurderingen som gjøres kan derfor variere ut fra hvordan de tolkes. Ifølge innspill fra Kontrollkommisjonens ressursgruppe til utvalget benytter også kontrollkommisjonene FARV når de vurderer samtykkekompetanse. Ressursgruppen uttaler at det er utfordrende å vurdere samtykkekompetanse etter FARV ettersom grunnlaget for vurderingen i mange tilfeller er for dårlig og gir rom for forskjellig praksis. Statsforvalteren i Oslo og Viken opplever at sykehus som har FARV innbakt i sine maler, ofte har gode kompetansevurderinger i vedtakene. På den andre siden ser Statsforvalteren i Oslo og Viken «et klart behov for noe ytterligere presisering og klargjøring av samtykkevilkåret, spesielt med tanke på FARV». De påpeker at leger og advokater tolker kriteriene ulikt, spesielt når det kommer til evnen til å uttrykke et valg (V) i FARV-elementene.

Ut fra innspill til utvalget fremgår det at tilsynsorganene tillegger bruk av FARV stor vekt når de etterprøver tvangsvedtak. Utvalget anser det som problematisk at tilsynsorganene synes å tilnærme seg FARV som juridiske vilkår for bortfall av beslutningskompetanse. En slik vektlegging av FARV, som var ment som en huskeliste for kompetansevurderinger, en langt større tyngde enn den strengt tatt var ment å ha. Samtidig er det forståelig at tilsynsorganene tilnærmer seg FARV på denne måten i mangel på alternative holdepunkter for å etterprøve klinikernes kompetansevurderinger.

Tvangsforsk, som er et nettverk som skal stimulere til forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, skriver at det er:

> ikke entydig klart hva de ulike FARV-elementene konkret innebærer, hverken juridisk eller psykologisk, og hvordan disse, samlet eller hver for seg, kvantitativt eller kvalitativt, må være svekket for at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan anses oppfylt. Det er også usikkert hvorvidt den anbefalte FARV-metodikken korresponderer med etablert kunnskap innen kognitiv psykologi/beslutningspsykologi.

Psykiatrisk legevakt ved Oslo Universitetssykehus opplever stor avstand mellom definisjonen i pasient- og brukerrettighetsloven og elementene i FARV, og mener disse elementene har skapt mye forvirring. Av den grunn ønsker de mer kunnskap om dette for helsepersonell som jobber med slike vurderinger. Utvalget støtter disse betraktningene om utfordringene med å bruke FARV, og kommer med flere forslag til tiltak for å bedre på dette (se kapittel 13).

### 12.11.2 De fire elementene i FARV er for kognitivt rettet

En grunnleggende kritikk av de fire elementene i FARV er at de er for kognitivt rettet (Hermann et al., 2016) da ikke-kognitive aspekter også spiller en viktig rolle i komplekse beslutningsprosesser. Dette forenkles i for stor grad av de fire elementene i FARV. Denne utfordringen betegnes gjerne som en «kognitiv bias» ved bruk av FARV i kompetansevurderinger (Owen et al., 2018). Likevel kan FARV vektlegge pasientens følelser, men vil gi dem mindre vekt der disse reduserer pasientens til å forstå, anerkjenne, resonnere eller ta et valg.

Når man skal vurdere beslutningskompetanse er det naturlig også å ta stilling til pasientens kognitive funksjon. Verktøy for å vurdere kognitiv funksjon, for eksempel Mini Mental Status evaluering (MMSE), kan gi nyttig bakgrunnsinformasjon til kompetansevurderinger. Slike verktøy kan likevel ikke brukes som en erstatning for en konkret kompetansevurdering av den beslutnings om helsehjelp som skal tas. En oversiktstudie fra 2020 av Adams Thorbjørnsen mfl. viser at svekket eksekutiv funksjon øker sannsynligheten for at en person mangler beslutningskompetanse (Adams Thorbjørnsen et al., 2020). Eksekutiv funksjon innebærer en persons evne til problemløsning, planlegging, gjennomføring av oppgaver og regulering av atferd. Studien viser at tester som undersøker eksekutiv funksjon kan være til hjelp ved kompetansevurderinger (Adams Thorbjørnsen et al., 2020). «Negative symptomer» ved psykoselidelser kan være sentrale for nedsatt eksekutiv funksjon hos denne pasientgruppen. Mens svært lav kognitiv funksjon ofte korrelerer med manglende beslutningskompetanse, sammenfaller ofte høy kognitiv funksjon med intakt samtykkekompetanse. Utfallet av en MMSE korrelerer derfor kun med beslutningskompetanse i ytterpunktene av spekteret for kognitiv funksjon. Derimot er sammenfallet dårlig for flertallet av pasientene, de som befinner seg i mellomsjiktet (Sessums et al., 2011).

De fire elementene i FARV blir altså kritisert for ikke å ta tilstrekkelig hensyn til hvilket følelsesmessig nivå pasienten tar sine beslutninger på. Verdier og følelser spiller en sentral

rolle i beslutningstaking. Det er vanskelig å vurdere tilfeller hvor den manglende beslutningskompetansen skyldes eller er sterkt påvirket av emosjonelle eller verdimessige aspekter. Det er fremhevet at spørsmålet om verdier er særlig fremtredende i forbindelse med anerkjennelse av sykdommen (A i FARV) (Owen et al., 2013). Det synes likevel å være enighet om at pasienten bør ha en viss verdimessig og emosjonell stabilitet for at pasientens beslutningsprosess skal få en viss konsistens (Gergel et al., 2015; Hermann et al., 2016). For eksempel vil en nyoppstått emosjonell ustabilitet innebære et avvik fra pasientens normaltilstand. Dersom en kjenner pasientens normaltilstand – også betegnet «autentisk tilstand» – kan denne danne et sammenlikningsgrunnlag for å vurdere hvordan pasientens nåværende tilstand kan være et avvik (Hermann et al., 2016). Disse betraktningene viser igjen hvor viktig det er å ha tilstrekkelige opplysninger fra personer som kjenner pasienten ved kompetansevurderinger.

Psykiater og sykehjemslege Egil Solberg sammenfatter kritikken av FARV som for kognitivt rettet i sitt innspill til utvalget:

> Det er andre aspekter enn de rent kognitive som kan kalles «kompetanse». Det å skjønne at noe er i veien og søke mot personer man har tillit til har relasjonelle og følelsesmessige komponenter i seg. Det er i høyeste grad kompetanse, og inndras i kritikken mot FARV-kriteriene som i hovedsak handler om kognitive aspekter.

## 12.12 Internasjonale perspektiver

Internasjonal forskning på kompetansevurderinger gjenspeiler mange av de samme utfordringene som er beskrevet i norsk praksis. I en studie fra 2022 basert på intervjuer med tilsynspsykiatere på somatiske sykehus i England, Skottland og New Zealand, ser Kane mfl. nærmere på hva som kjennetegner krevende kompetansevurderinger og hvordan disse blir løst i praksis. Studien deler de kliniske og etiske utfordringene inn i fire hovedgrupper (Kane et al., 2022), som gjengitt i tabell 12.2 (vår oversettelse):

1. Vansker med å avgjøre om beslutningen er pasientens egen eller drevet av sykdom
    a. Skyldes den uvanlige beslutningen vrangforestillinger eller kulturelle faktorer?
    b. Er beslutningen preget av depresjon eller er den forståelig?
    c. Er ekstreme og forbigående følelser avgjørende for beslutningen som fører til manglende kompetanse?
    d. Er det en reell eller bare tilsynelatende mangel på sykdomsinnsikt?
    e. Maskerer overflatisk høy fungering en reell mangel på beslutningskompetanse?
    f. Er det en personlighetsforstyrrelse som driver beslutningen og har det forårsaket manglende beslutningskompetanse?

2. Vansker med å anvende etiske prinsipper
    a. Beskyttelse av pasientens velferd (særlig ved alvorlige konsekvenser av behandlingsnektelse som krevende en grundigere vurdering)
    b. Respekt for autonomi (blant annet samfunnets forventning om ivaretakelse av pasientens autonomi)
    c. Rettferdighet (særlig avveining av hvem som skulle få helsehjelp som en begrenset ressurs)
    d. Ikke-diskriminering (særlig at det kunne være mindre plass for avvikende beslutninger hos pasienter med psykiske lidelser enn hos andre)

3. Vansker for vedtaksansvarlig å unngå personlige bias
    a. Klinkerens egne holdninger til pasienten eller motoverføring (følelser og atferd som pasienten vekker hos klinikeren)
    b. Personlige og profesjonelle bindinger hos klinikeren selv (blant annet følelsesmessig reaksjon på lidelse og risiko, profesjonell frykt og verdigrunnlag og eget politisk ståsted).

4. Prosessuelle vansker
    a. Manglende engasjement hos pasienten i samtalen (for eksempel hvor mangelen på en meningsfull samtale gjør kompetansevurderingen overflatisk)
    b. Manglende informasjon til å verifisere fakta (særlig knyttet til videre oppfølging og boligsituasjon ved utskrivelse)
    c. Interpersonlige konflikter mellom pasienten og behandlingsteamet
    d. Når kompetansevurderingen står i motsetning til terapeutisk bekymring (for eksempel at vurderingen blir gjort som en kriseintervensjon i en vanskelig sak)

Tabell 12.2: Fire hovedkategorier for utfordringer med krevende kompetansevurderinger (Kane et al., 2022) (vår oversettelse).

Utvalget mener at de kliniske, etiske og juridiske utfordringene med kompetansevurderinger som er beskrevet i denne studien sammenfaller i stor grad med erfaringene i Norge siden innføringen i 2017. I tillegg er det noen særnorske utfordringer, blant annet knyttet det særegent strenge beviskravet «åpenbart». Den nevnte studien fra 2022 skisserer også mulige løsninger på disse utfordringene, som vi ser nærmere på i det følgende.

## 12.13 Mulige bidrag til bedre kompetansevurderinger

Vurderinger av beslutningskompetanse krever gode kliniske, etiske og juridiske kunnskaper og ferdigheter. Ved kun å vektlegge etiske og juridiske aspekter, kan den som vurderer gå glipp av viktige nyanser som kan være nødvendig for å løse utfordringer som oppstår underveis i vurderingen. Eksempelvis kan det å avdekke subtile sykdomstegn som svekker pasientens beslutningskompetanse eller å ta høyde for interpersonlig dynamikk ha betydning for utfallet av vurderingen. Psykoterapeutiske egenskaper kan blant annet være nyttige for å tilnærme seg pasientens ambivalens i samtalen. Samtidig kan et rent klinisk fokus gjøre at den som vurderer verken anerkjenner eller håndterer krevende etiske dilemmaer, som i hvilken grad kompetansevurderingen skal ta hensyn til verdier og konsekvenser av behandlingsnektelse (Kane et al., 2022).

I den nevnte studien til Kane mfl. fra 2022 (Kane et al., 2022) blir selvbevissthet og selvrefleksjon hos den som vurderer trukket frem som avgjørende for å håndtere utfordringene som kan oppstå i vanskelige kompetansevurderinger. Den som vurderer må være årvåken for mulige fallgruver i vurderingene, for eksempel å bruke egne verdier som en målestokk pasientens verdier blir vurdert opp mot. Studien påpeker at opplæring i beslutningskompetanse bør omfatte både kliniske, etiske og juridiske kunnskaper og ferdigheter, og bidra til å fremme selvbevissthet og refleksjon hos den som vurderer (Kane et al., 2022).

For å bøte på noen av utfordringene med å vurdere beslutningskompetanse, foreslår Kim mfl. en overgang fra FARV til ni kategorier i en artikkel fra 2021 (Kim et al., 2021). Disse kategoriene baserer seg på engelsk rettspraksis knyttet til de alternative vilkårene for bortfall av beslutningskompetanse i Mental Capacity Act (MCA) § 3 nr. 1 (se omtale i punkt 3.10). Det er verdt å merke seg at MCA ikke kun gjelder psykiske lidelser, men omfatter alle livsområder

hvor spørsmålet om beslutningskompetanse kan melde seg. Domstolenes praksis knyttet til vilkåret om «manglende evne til å bruke eller vekte («use or weigh») relevant informasjon som del av beslutningsprosessen» er særlig omfattende. Vilkåret «use and weigh» kan minne om evnen til å resonnere i FARV. De fleste av de ni kategoriene knytter seg derfor til dette vilkåret. Flere av kategoriene har i tillegg underkategorier som bidrar til nyansering. Tabell 12.3 gjengir de de foreslåtte ni kategoriene med tilhørende underkategorier i artikkelen til Kim mfl. (vår oversettelse):

1. Å forstå informasjon eller konsepter
   Manglende evne til å forstå, på et intellektuelt plan, informasjon (for eksempel volum, detaljer eller kompleksitet) eller konsepter (deres natur eller mening) som er relevant for beslutningen.

2. Å forestille eller abstrahere
   Manglende evne til å forstille eller abstrahere, og derfor vansker med å ta stilling til relevante faktorer (inkludert alternativer) som ikke er konkret til stede eller kjent.

3. Å huske
   Manglende evne til å huske fakta eller hendelser som er nødvendige for å ta en beslutning.

4. Å anerkjenne
   a. Vrangforestillinger eller konfabulasjoner (minner som ikke er reelle): Manglende evne til å anvende informasjon (inkludert konsekvenser av beslutningen) på seg selv på grunn av vrangforestillinger eller konfabulasjoner.
   b. Innsikt i tilstand eller hjelpebehov: Manglende evne til å anvende informasjon (inkludert konsekvenser av beslutningen) på seg selv på grunn av manglende innsikt i egen tilstand eller tilhørende hjelpebehov.
   c. Annet: Manglende evne til generelt å anvende informasjon (inkludert konsekvenser av beslutningen) på seg selv.

5. Å verdsette eller bry seg
   Manglende evne til å verdsette eller bry seg om forhold som er relevante for beslutningen, og derav manglende evne til seriøst å vurdere enkelte alternativer. Dette kan relatere seg til generell apati eller sterk tilknytning, frykt eller andre følelser som overmanner evnen til å verdsette relevant informasjon.

6. Å tenke gjennom beslutningen ikke-impulsivt
   Manglende evne til å tenke gjennom beslutningen eller går over til å ta beslutningen impulsivt eller handler impulsivt.

7. Å resonnere
   a. Fleksibel tankegang: Manglende evne til å gjennomføre grunnleggende rasjonelle mekanismer, spesifikt å anvende en fleksibel tankegang i møte med motstridende bevis eller bekymringer.
   b. Avveie fordeler og ulemper: Manglende evne til å gjennomføre grunnleggende rasjonelle mekanismer, spesifikt å sammenlikne fordeler og ulemper ved beslutningen.
   c. Annet: Manglende evne til generelt å gjennomføre grunnleggende rasjonelle mekanismer

8. Å gi en sammenhengende forklaring
   Manglende evne til å gi noen begrunnelse for valget sitt eller kun evne til å gi selvmotsigende begrunnelser.

9. Å uttrykke en stabil og konsistent preferanse
   Uttrykker ulike og motsigende preferanser på ulike tidspunkt slik at det er vanskelig å få rede på eller gjennomføre beslutningen.

Tabell 12.3: Forslag til ni kategorier med tilhørende underkategorier for å vurdere beslutningskompetanse (Kim et al., 2021) (vår oversettelse).

Utvalget erfarer at vurderinger av samtykkekompetanse ofte er krevende i klinisk praksis. De ni kategoriene til Kim mfl. gjør det tydelig at de fire elementene i FARV kan romme en rekke nyanser, og at FARV kan være for grovkornet til å fange opp viktige sider av beslutningskompetanse. Artikkelen synliggjør også at andre land har tilsvarende utfordringer med å vurdere beslutningskompetanse, og at vi må å se hen til utviklingen innen internasjonal forskning for å bedre forståelsen av beslutningskompetanse i Norge. Utvalget er kjent med at det pågår et internasjonalt forskningsarbeid med å bruke disse ni kategoriene som grunnlag for et validert verktøy for vurdering av beslutningskompetanse. Videre gir de ni kategoriene med underkategorier en oversikt over flere konkrete aspekter som bidrar til å nyansere kompetansevurderinger. Samtidig vil en mer omfattende vurdering av beslutningskompetanse med ni kategorier kunne være vanskelig å gjennomføre i klinisk praksis. Ved vurdering av pasientens beslutningskompetanse, er det viktig å ta hensyn til at elementene i FARV har en rekke nyanser. Videre er det viktig å ta hensyn til samspillet mellom de ulike elementene i FARV, som kan overlappe med hverandre.

Utvalget mener at FARV ikke er tilstrekkelig til bruk i krevende kompetansevurderinger i psykisk helsevern. De ni kategoriene fanger sentrale nyanser i samtykkebegrepet som ikke gjenspeiler seg i FARV i tilstrekkelig grad. De beskrevne utfordringene knyttet til bruk av FARV og utviklingen innen forskningen på feltet taler mot å lovfeste disse fire elementene som vilkår for bortfall av beslutningskompetanse. Lovfesting av FARV kan også bidra til å sementere en praksis som overforenkler kompleksiteten i vurderinger av beslutningskompetanse. I tillegg kan utviklingen innen forskning gjøre at tiden løper fra FARV som utgangspunkt for vurderingene. En kompleks virkelighet kan gi behov for en mer fleksibel lovgivning. En vid lovhjemmel kan gjøre det enklere for vedtaksansvarlig å foreta de vurderingene som kreves for å fatte et tvangsvedtak. En utfordring er å oppnå balanse mellom de fordelene som skjønnsmessige vilkår gir og klarhetskravet som følger av legalitetsprinsippet.

Det er utvalgets vurdering at en nasjonal faglig retningslinje og et validert verktøy for vurdering av beslutningskompetanse er bedre egnet til å adressere disse utfordringene og å ta høyde for utviklingen på feltet. På denne bakgrunn mener utvalget at det er behov for et validert verktøy for vurdering av beslutningskompetanse på norsk, for å bedre reliabiliteten og validiteten i de komplekse vurderingene. Slik utvalget ser det, vil et validert verktøy likevel ikke være nødvendig i alle kompetansevurderinger (se omtale punkt 13.4).

## 12.14 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer at handlingsrommet i vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke har blitt utnyttet i tilstrekkelig grad siden innføringen i 2017. Manglende anerkjennelse av dynamikken i forståelseskravet (særlig konsekvenser ved behandlingsnektelse) og et vanskelig praktiserbart beviskrav («åpenbart») kan ha bidratt til at en del pasienter ikke har fått nødvendig helsehjelp. Utvalget vurderer at manglende faglig eierskap til beslutningskompetanse blant klinikere kan ha bidratt til utfordringer med kompetansevurderinger og ytterligere fremmedgjort dem fra eget lovverk. I tillegg harmonerer det særegent strenge beviskravet («åpenbart») dårlig med klinisk tenkemåte. Tvang er et betydelig inngrep, og det krever grundig opplæring, implementeringsstøtte og validerte verktøy i kompetansevurderinger for å ivareta pasientens rettssikkerhet. Samtidig er det behov for kvalitetssikring og etterprøving av vurderingene som blir gjort.

Utvalget vurderer at kompetansevurderinger er særlig krevende for pasienter med maniske symptomer, alvorlige spiseforstyrrelser, rusmiddelmisbruk og psykisk utviklingshemming. Det at kompetansevurderinger er krevende betyr ikke at man skal oppheve samtykkevilkåret. Utvalget erfarer at mange av de utfordringene med kompetansevurderinger som fremgår av innspillene til utvalget allerede er godt beskrevet i internasjonal faglitteratur gjennom flere tiår. I tillegg har det internasjonale fagfeltet kommet med en rekke forslag til hvordan disse utfordringene kan håndteres. Slik utvalget ser det, bør den videre tilnærmingen til beslutningskompetanse i Norge i større grad trekke veksler på internasjonal fagutvikling som kan bidra til større faglig eierskap blant klinikere og hevet kvalitet på vurderingene.

Utvalget vurderer at dagens tilnærming til FARV er lite egnet i krevende skjønnsmessige vurderinger. FARV oppsummerer de viktigste elementene som inngår i ulike verktøy for å vurdere beslutningskompetanse. Disse verktøyene har ikke blitt validert eller tatt i bruk systematisk i norsk sammenheng. Utvalget mener at FARV ikke er egnet til å sikre pålitelige (reliable) og gyldige (valide) kompetansevurderinger uten validerte verktøy og kvalitetssikring. Dette gjelder spesielt i tilfeller av tvil. Vurderingen av forståelseskravet (inkludert konsekvenser) ved bruk av for eksempel FARV, er en klinisk vurdering. FARV var ment som en huskeliste for å gjøre kliniske kompetansevurderinger enklere, men synes i praksis å ha blitt behandlet som juridiske vilkår for bortfall av kompetanse. Sammen med manglende faglig eierskap, synes tilsynsorganenes tilnærming til disse vurderingene å ha forsterket klinikeres juridiske tilnærming til kompetansevurderinger. Utvalget mener likevel at FARV kan ha en funksjon i klinisk praksis hvis det understøttes av både validerte verktøy og kvalitetssikring, sammen med god opplæring, forskning og fagutvikling.

Utvalget vurderer at utfallet av kompetansevurderingene til dels å kunne være påvirket av tilgjengelige døgnplasser, særlig overfor pasienter med begrenset behandlingspotensial i akuttpsykiatriske institusjoner. Holdninger og verdier blant vedtaksansvarlige synes ha fått betydning for utfallet av enkelte kompetansevurderinger, i likhet med øvrige vilkår for tvang i psykisk helsevernloven. Mangelfull implementering av lovendringene sammen med begrenset opplæring, manglende validerte verktøy for kompetansevurderinger og et særegent strengt beviskrav, har sannsynligvis bidratt til at slike utenforliggende hensyn har fått større spillerom i disse skjønnsmessige vurderingene. Samtidig mener utvalget at kompetansevurderinger krever en forståelse for at skjønnsutøvelsen baserer seg på den vedtaksansvarliges egne forutsetninger.

Utvalget mener at vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke er mer skjønnsmessig enn de øvrige tvangsvilkårene i psykisk helsevernloven. Skjønnsutøvelse er en sentral del av

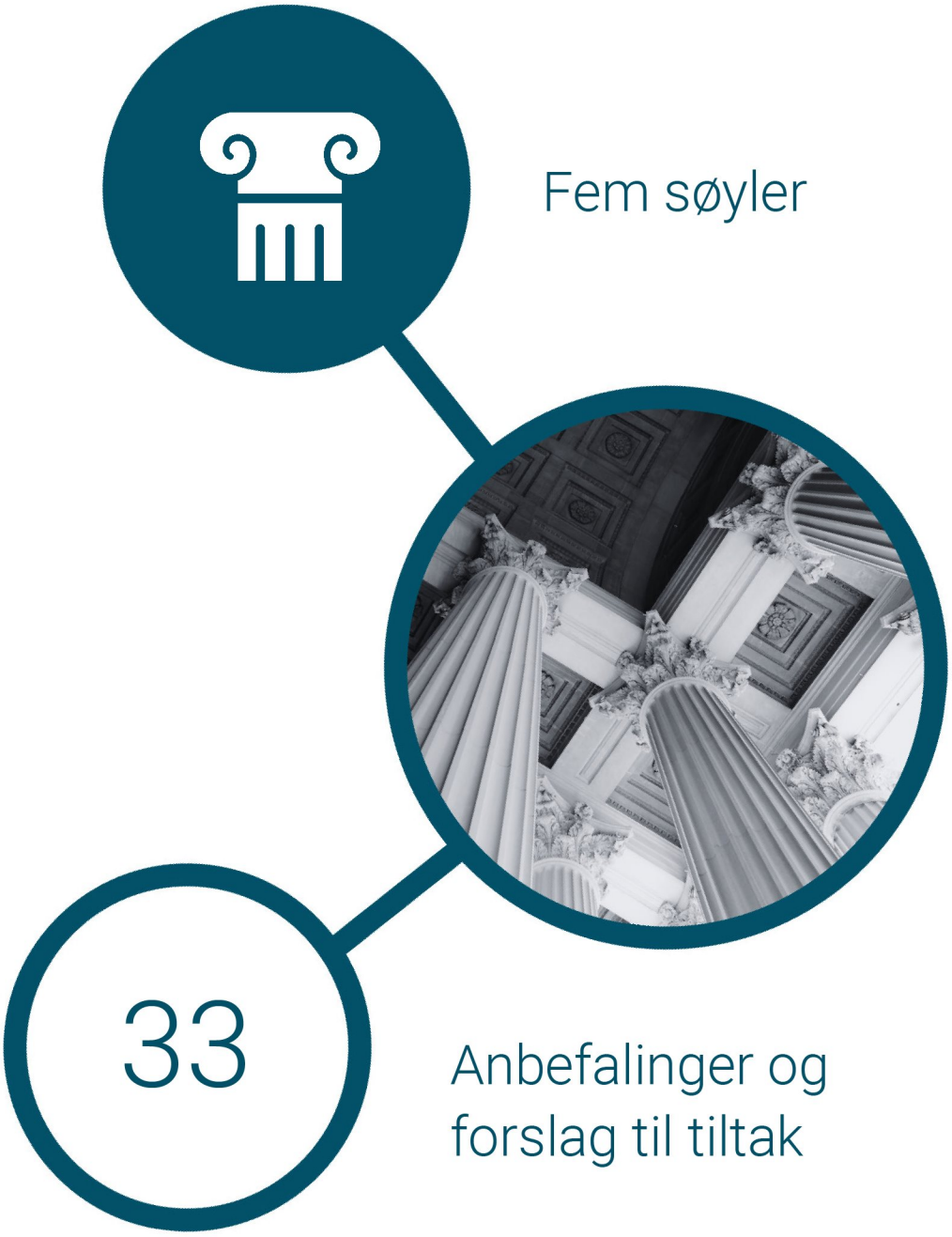
arbeidet til en rekke profesjoner. Problemet oppstår når man ikke utvikler en felles forståelse for tersklene bør legges, og hva som kan begrunne manglende kompetanse. Hvis klinikere tar et snevert utgangspunkt i jussen for å gjøre kliniske og etiske vurderinger, kan det bære galt av sted. Selv om kompetansevurderinger i hovedsak gjøres av klinikere, erfarer utvalget at tilnærmingen til beslutningskompetanse langt på vei har blitt knyttet opp til det juridiske innholdet i vilkåret. De kliniske og etiske delene av vurderingene har havnet mer i skyggen. Beslutningskompetanse er ikke et begrep som defineres av lovgiver, men fylles med innhold og utvikles av forskning, fagutvikling, etikk og rettspraksis.

Utvalget vil understreke at tilstrekkelig informasjon om pasientens bakgrunn og tidligere funksjon er viktig for å gjøre kompetansevurderinger av god kvalitet. Denne informasjonen er ikke nødvendigvis tilgjengelig i forbindelse med en akuttinnleggelse, men bør innhentes som del av pasientens videre behandlingsforløp. Vurderingen av beslutningskompetanse innebærer en risiko både for falske positive og falske negative beslutninger. Bedre forståelse av den kliniske og juridiske vurderingen av beslutningskompetanse vil kunne bidra til å redusere slike uønskede beslutninger i begge retninger.

Utvalget mener at lovendringene i 2017 har bidratt til at vedtaksansvarlige har måttet bruke mer tid på juridisk baserte vurderinger og mindre tid til klinisk virksomhet. Dette kan ha forringet kvaliteten på behandlingstilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse. Til tross for at utvalget støtter formålet om å bedre rettssikkerheten til personer med alvorlig psykisk lidelse, har det betydelig økte dokumentasjonskravet hatt utilsiktede effekter. Pasientjournalen har over tid fått et mer juridisk preg, også av hensyn til ettersyn fra tilsynsorganer og kvaliteten på pasientjournalen som arbeidsdokument for pasientbehandlingen kan ha blitt forringet som følge av lovendringene (Høye et al., 2018; Syse, 2019b). Utvalget mener at en pasientjournal som er fremmedgjørende for helsepersonell i seg selv truer pasientens rettssikkerhet.

Utvalget vurderer at validerte klinisk verktøy for kompetansevurderinger først og fremst har sin plass i psykisk helsevern ved utfordrende vurderinger. Bruk av slike verktøy kan bidra til å strukturere samtalen med pasienten, men kan også være tidkrevende. Vilkåret om manglende beslutningskompetanse er bare ett av flere vilkår for tvang både innleggende lege og den vedtaksansvarlige skal ta stilling til. Kommunehelsetjenesten skal derimot bare komme med en uttalelse om pasientens beslutningskompetanse i forbindelse med innleggelse på tvungent vern. Utvalget mener at bruk av validerte verktøy for krevende kompetansevurderinger i hovedsak er en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

# DEL 4
# ANBEFALNINGER



Fem søyler

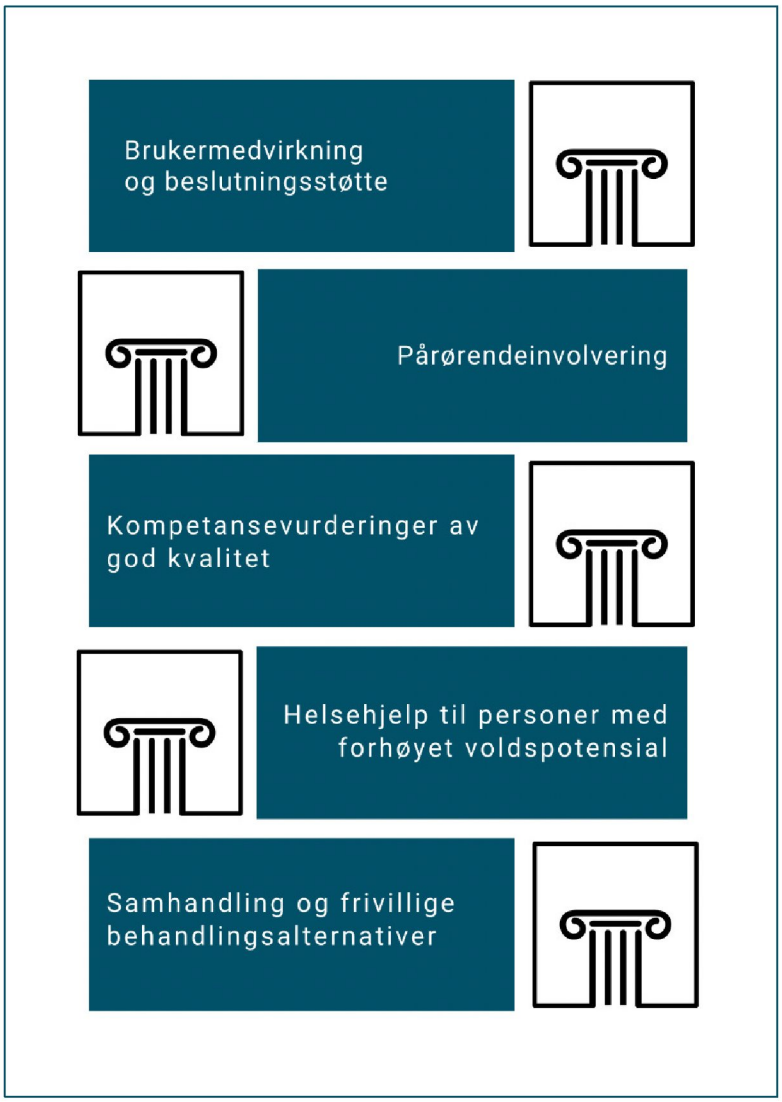
33

Anbefalinger og forslag til tiltak

# 13 Utvalgets anbefalinger og tiltak

## 13.1 Innledning

Utvalget mener at et vilkår om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern bør videreføres, men foreslår flere endringer. Betydningen av vilkåret kan ikke vurderes isolert, men må ses i sammenheng med egenskaper ved helsetjenesten. Flere forutsetninger må være til stede for at en kompetansebasert modell skal være bærekraftig. En videreføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse forutsetter derfor både tilpasninger i lovverk og i helsetjenesten. Det er slike tilpasninger utvalgets anbefalinger og tiltak knytter seg til. Utvalget har identifisert og lagt til grunn at en videreføring av kompetansevilkåret avhenger av fem sentrale forutsetninger, fremstilt som søyler i figur 13.1.




Figur 13.1: Fem søyler bærer en kompetansebasert modell.

Utvalgets anbefalinger og tiltak har som formål å styrke alle de fem søylene for å oppnå en bærekraftig kompetansebasert modell i psykisk helsevern. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som mangler eller har en vekslende beslutningskompetanse, er særlig sårbare. Helsetjenesten må, gjennom å styrke hver av søylene, sikre at disse pasientene mottar individuelt tilpasset behandling og oppfølging av god kvalitet. Kompetansevurderinger spiller en nøkkelrolle for å ivareta behandlingsbehovet til hver enkelt pasient.

Utvalget står samlet om totalt 33 anbefalinger og forslag til tiltak, hvorav 19 er administrative og 14 er juridiske. Ti av utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak anbefaler en videre utredning. Utvalget mener at dette er sentrale problemstillinger det er behov for å arbeide videre med, men som utvalget ikke har hatt tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag eller funksjonstid for å besvare fyllestgjørende. Utvalget er delt på midten i

spørsmålet om kravet til å vurdere av vilkårene for tvungent vern innen 24 timer, og viser til drøftelsen i punkt 8.3.2.

Utvalget mener det er behov for å klargjøre i hvilke tilfeller spørsmålet om beslutningskompetanse gjør seg gjeldende. Dette ligger til grunn for utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak, særlig de juridiske. Flere av tiltakene presiserer eksisterende bestemmelser om samtykkekompetanse, særlig tiltak som omhandler nærmeste pårørendes rolle for å ivareta pasientens interesser når vedkommende mangler beslutningskompetanse. Utvalget mener det er særlig behov for å tydeliggjøre den eksisterende lovgivningen knyttet til nærmeste pårørende, som kan være en garantist for pasientens rettssikkerhet. Andre tiltak gjør nødvendige tilpasninger av lovverket knyttet til beslutningskompetanse, som å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd. Etter utvalgets syn, er økt bevissthet om beslutningskompetansens betydning en forutsetning for videre implementering av en kompetansebasert modell i psykisk helsevern.

De fleste av utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak retter seg mot et mindretall av pasienter i psykisk helsevern. Flertallet av pasientene har beslutningskompetanse og mottar behandling frivillig. Utvalget er bevisst på at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan bidra til at enkelte sårbare pasientgrupper ikke samtykker til behandling de tidligere ville fått under tvang. Utvalget legger til grunn at dette er en nødvendig følge av økt vektlegging av pasientens selvbestemmelse. Tvungent vern og tvungen behandling er kun aktuelt hos et mindretall av pasienter, og bruk av tvang på grunn av fare hos enda færre. Likevel er dette mindretallet blant de mest sårbare pasientene samtidig som samfunnsvernet kommer sterkere inn. Utvalget mener det er avgjørende at lovverk og klinisk praksis sikrer at denne pasientgruppen mottar nødvendig helsehjelp samtidig som pasientens selvbestemmelsesrett så langt som mulig blir ivaretatt.

Utvalget mener at helsetjenesten trenger et bærekraftig regelverk. Dette innebærer både at lovverket er praktiserbart for klinikere og at det er harmonisert med de ressursene som er tilgjengelige. Etter utvalgets syn, er det også behov for en pedagogisk tilnærming og lettere tilgjengelig kunnskap for å bedre forstå regelverket hos pasienter, pårørende og klinikere. På bakgrunn av funn og eksisterende kunnskap som beskrevet i rapporten, vurderer utvalget at de foreslåtte tiltakene og lovendringene vil bidra til videre utvikling av regelverk og praksis som ivaretar målet om riktigere bruk av tvang. Utvalgets forslag til tiltak og lovendringer balanserer også pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandarden på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser, inkludert FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) med Norges tolkningserklæring av CRPD artikkel 12, 14 og 25 (se omtale i kapittel 5).

Det ligger ikke innenfor utvalgets mandat å ta stilling til Tvangslovutvalgets lovutkast. Likevel vil utvalget påpeke at den nåværende tvangslovgivningen er fragmentert og vanskelig anvendbar for pasienter, pårørende, helsepersonell og tilsynsorganer. Dette etablerer hindringer for samhandling og helhetstenkning om pasienter, og bidrar samtidig til mindre forutberegnelighet og svekker rettssikkerheten på et svært viktig rettsområde. Utvalget foreslår en rekke administrative og juridiske tiltak for å komme utfordringene med samtykkekompetanse i møte. Med disse tiltakene ønsker ikke utvalget å gi inntrykk av å «friskmelde» psykisk helsevernloven, og mener at tvangslovgivningen fortsatt vil være fragmentert dersom disse forslagene skulle bli vedtatt. Dette kommer tydelig til uttrykk i utvalgets forslag til lovendringer slik at personer uten beslutningskompetanse frivillig kan motta behandling de ikke motsetter seg (se omtale i punkt 13.4.7). Utvalget ser de

utfordringene som ligger i å foreslå endringer i eksisterende tvangslovgivning, og anerkjenner at flere endringer over tid kan presse frem en mer omfattende revisjon. Utvalget anbefaler derfor at det arbeides videre med en harmonisering av tvangslovgivningen i helsetjenesten og en felles forståelse av hvordan helsehjelp kan gis til pasienter som mangler beslutningskompetanse. Etter utvalgets syn kan dette bidra til å sikre samordning, samhandling og en helhetstenkning knyttet til den videre prosessen med å harmonisere tvangslovgivningen.

## 13.2 Brukermedvirkning og beslutningsstøtte

### 13.2.1 Videreføre manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern

**Utvalget anbefaler**

- Å videreføre manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern.
- Å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
- At Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgår øvrig helselovgivning hvor samtykkekompetanse anvendes og endre terminologi og henvisningsbestemmelser til beslutningskompetanse.

#### Utvalgets begrunnelse

Respekt for den enkeltes selvbestemmelse er et grunnleggende prinsipp i en rettsstat. Sentrale menneskerettslige konvensjoner Norge har sluttet seg til fremholder prinsippet om autonomi som grunnleggende innen helsetjenesten. Likevel er det begrensninger i denne autonomien i situasjoner der pasienten er til fare for seg selv eller andre. Utvalget mener at innføringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevern ga en bedre balanse mellom pasientens menneskerettslige vern av egen selvbestemmelse og retten til helse. Utvalget støtter departementets vurdering i forarbeidene til endringene i psykisk om at FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) gir uttrykk for en internasjonal menneskerettslig utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering (Prop. 147 L (2015-2016), 2016). Utvalget mener at endringene i psykisk helsevernloven i 2017 var en nødvendig tilpasning av lovverket til sentrale menneskerettslige prinsipper. Et vilkår om beslutningskompetanse innebærer samtidig et fokus på funksjon fremfor diagnose, som er i tråd med CRPD. Utvalget er her på linje med Paulsrud-utvalget og Tvangslovutvalget. Etter utvalgets syn har innføringen av en kompetansebasert modell vært positiv for flertallet av pasienter i psykisk helsevern. Brukermedvirkning er særlig viktig ved tvangsbruk, hvor pasienten må involveres i egen behandling så langt det lar seg gjøre.

Utvalget mener at begrepet beslutningskompetanse gir en bedre beskrivelse av den reelle situasjonen i forholdet mellom pasienten og helsetjenesten enn samtykkekompetanse. Beslutningskompetanse synliggjør at personens selvbestemmelsesrett omfatter både samtykke til og nektelse av helsehjelp. Utvalget støtter dermed både Paulsrud-utvalgets og

Tvangslovutvalgets anbefaling om å endre begrepet samtykkekompetanse til beslutningskompetanse. Det er utvalgets mening at beslutningskompetanse bør være et felles begrep på tvers av helse- og omsorgstjenesten. Ved å foreslå endringen fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse, tilsiktes ingen realitetsendring i hva beslutningskompetanse skal innebære juridisk og i utøvd praksis. Sammen med de øvrige foreslåtte tiltakene, mener utvalget at begrepet beslutningskompetanse gir et bedre uttrykk for de endringene som er nødvendige for at en kompetansebasert modell i psykisk helsevern skal være bærekraftig.

Det kan innvendes at samtykkekompetanse nå er et etablert begrep i helsetjenesten, og at det vil kunne skape usikkerhet ved å endre dette begrepet. Samtykkekompetanse benyttes i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og i andre sammenhenger. Beslutningskompetanse er et nytt begrep, selv om det har vært foreslått flere ganger tidligere. Utvalget er innforstått med at å endre fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse vil kreve tilpasninger i en rekke helselover og -forskrifter. Etter utvalgets syn bør lovgiver gjennomgå helselovgivningen hvor samtykkekompetanse anvendes og endre de aktuelle bestemmelsene til beslutningskompetanse. Utvalget viser til gjennomgangen av noen relevante helselover hvor samtykkekompetanse anvendes i (NOU 2019: 14, punkt 21.3.6).

Utvalget mener at hensynene til en enhetlig regulering og rettsutvikling av beslutningskompetanse i hele helsetjenesten tilsier en felles forankring i pasient- og brukerrettighetsloven. Etter utvalgets syn kan en egen hjemmel for bortfall av beslutningskompetanse i psykisk helsevernloven bidra til ytterligere fragmentering av lovverket, da dette kan oppfattes som en særbestemmelse for det psykiske helsevernet. Selv om det kan være hensiktsmessig at sentrale bestemmelser i psykisk helsevern fremgår direkte av psykisk helsevernloven, mener utvalget at hensynet til enhetlig regulering veier tyngre. Utvalget er her på linje med Paulsrud-utvalget og Tvangslovutvalget.

### 13.2.2 Endre formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven for å sikre behandling av god kvalitet og fremme tillit og riktig bruk av tvang

**Utvalget anbefaler at**

- Det fremgår av psykisk helsevernloven § 1-1 at formålet med psykisk helsevern er å sikre behandling av god kvalitet.
- Formålsbestemmelsen presiserer at psykisk helsevernloven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og helsetjenesten.
- Formålet om riktig bruk av tvang fremgår av psykisk helsevernloven § 1-1.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at hovedformålet for det psykiske helsevernet er å sikre behandling av god kvalitet for psykiske lidelser. Det følger av forarbeidene til lovendringene som innførte reglene om manglende samtykkekompetanse at «hovedmålet for psykisk helsevern er å sikre at pasienter får god behandling» og at psykisk helsevernloven skal gi rammer for dette (Prop. 147 L (2015–2016) s. 17). Utvalget støtter denne vurderingen, og mener at dette hovedmålet bør

fremgå av lovens formålsbestemmelse. Det kan innvendes mot å endre formålsbestemmelsen at psykisk helsevernloven i stor grad inneholder bestemmelser om tvang og at pasient- og brukerrettighetsloven også gjelder for psykisk helsevern. Utvalget mener likevel at behandling av god kvalitet er særlig viktig når den gis under tvang, og at dette bør gå klart frem av psykisk helsevernloven.

Utvalget mener det er hensiktsmessig med mer enhetlige formålsbestemmelser i de ulike helselovene. Etter utvalgets syn bør formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven (§ 1-1) harmoneres med pbrl. § 1-1 første ledd, og synliggjøre formålet om å sikre behandling av god kvalitet for personer med psykiske lidelser. Pasient- og brukerrettighetsloven er særlig relevant for det psykiske helsevernet, noe som taler for å harmonisere formålsbestemmelsene i de to lovene. I likhet med pbrl. § 1-1 første ledd, må kravet om behandling av god kvalitet i den foreslåtte phvl. § 1-1 ses i lys av kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2) og for helsepersonellet (helsepersonelloven § 4). I noen tilfeller vil det å sikre behandling av god kvalitet innebære at noen pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir underlagt tvungent vern eller mottar tvungen behandling.

Utvalget mener at formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven bør synliggjøre betydningen av tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten. En slik endring vil bidra til ytterligere harmonisering av formålsbestemmelsene i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det følger av pbrl. § 1-1 andre ledd at lovens bestemmelser skal «bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd». I likhet med pbrl. § 1-1 første ledd, er det psykiske helsevernet avhengig av et grunnleggende tillitsforhold mellom pasienten, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten for å fungere tilfredsstillende.

Utvalget mener det er et formål med psykisk helsevernloven å fremme en riktigere bruk av tvang, og dermed unngå uønsket variasjon i tvangsbruk. Utvalget støtter uttalelsene i Prop. 147 L (2015–2016) om at «styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang» (s. 5). Det er utvalgets syn at formålet om å redusere bruk av tvang er godt reflektert i nåværende formulering «å forebygge og begrense bruk av tvang», jf. phvl. § 1-1 første ledd andre punktum. Utvalget mener at å «fremme en riktig bruk av tvang» reflekterer betydningen av grundige kliniske og juridiske vurderinger av tvang. Å begrense uønsket variasjon i tvang står sentralt i alle utvalgets tiltak, og inngår som del av formålet om en riktigere tvangsbruk. Utvalget mener at dette og øvrige endringsforslag av formålsbestemmelsen er i tråd med målet om å forhindre feil bruk av tvang og balanserer pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser.

### 13.2.3 Utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får i fornyet oppdrag å utrede eller innhente en utredning av hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes. Utredningen bør se særlig på beslutningsstøtte for pasienter i forbindelse med vurderinger av beslutningskompetanse og for pasienter som er underlagt tvungent vern eller mottar tvungen behandling. Ordninger for beslutningsstøtte bør vurderes og ses i sammenheng med eksisterende verktøy for å sikre brukermedvirkning i psykisk helsevern.

- utredning av en ordning for beslutningsstøtte gjøres i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Både kliniske perspektiver og brukerperspektiver bør vektlegges i utredningen.

- Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet bør se nærmere på om flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas gjennom en ordning for beslutningsstøtte og dermed oppheves.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener det er behov for å legge til rette for beslutningsstøtte for pasienter i forbindelse med vurderinger av beslutningskompetanse. Med beslutningsstøtte mener utvalget ulike tiltak for å styrke personens evne til å ta beslutninger om egen helsehjelp og tiltak for å gi uttrykk for egne synspunkter. Personer med alvorlig psykisk lidelse kan ha behov for tilpasset informasjon og tid for å diskutere sin tilstand for å ta et informert valg. Dermed kan de gis støtte til selv å utøve sin rett til selvbestemmelse. Gode ordninger for beslutningsstøtte vil kunne bidra til avklaring der det er usikkert om personen mangler beslutningskompetanse ved å fremme forståelsen for valget vedkommende står overfor og konsekvensene av dette. Utvalget støtter for øvrig Tvangslovutvalgets gjennomgang av beslutningsstøtte, og viser til NOU 2019: 14 kapittel 20.

Utvalget mener at retten til selvbestemmelse i helsetjenesten forutsetter gode systemer for beslutningsstøtte. Retten til beslutningsstøtte følger av Norges menneskerettslige forpliktelser, særlig CRPD, som forplikter staten til å tilrettelegge for at personer som kan bli utsatt for tvang får utnyttet sitt potensial til selvbestemmelse. I likhet med utkastet til en felles tvangsbegrensningslov, mener utvalget at Norges menneskerettslige forpliktelser tilsier at personer det er aktuelt å benytte tvang overfor skal ha mulighet til å utnytte sitt potensial for selvbestemmelse ved å legge til rette for informerte beslutninger. Det er begrenset kunnskap om hvordan systemer for beslutningsstøtte kan utformes for personer med psykiske lidelser hvor beslutningskompetansen kan veksle.

Med utvalgets foreslåtte endringer i pbrl. § 4-3 andre ledd, blir det enda viktigere å fremme brukermedvirkning og beslutningsstøtte for å sikre behandling av god kvalitet. Utvalget mener at økt ansvarliggjøring av pasienten og mer eierskap til egen behandling kan heve kvaliteten på behandlingen. Gode behandlingsforløp forutsetter at pasienten kjenner seg igjen i det som tilbys. Brukermedvirkning er særlig viktig når pasienten mangler beslutningskompetanse og er

underlagt tvang. Da er det avgjørende å bistå pasienten med å få frem hva vedkommende vil. Dette kan medføre økt ressursbruk på kort sikt, men utvalget mener det er kostnadseffektivt på lengre sikt fordi det blant annet kan bidra til redusert tvangsbruk og at pasienter får mer tillit til helsetjenesten når de blir tatt på alvor.

Utvalget mener at utredningen bør se nærmere på hvordan flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas i en ordning med beslutningsstøtte. Som del av implementering av denne ordningen, kan Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å oppheve de vilkårene som er ivaretatt fra phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a.

### 13.2.4 Styrke kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom aktivt samarbeid med brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet styrker kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom forutsigbar finansering av brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus.
- brukerorganisasjonene legger vekt på rådgivning, veiledning og støtte til personer med alvorlig psykisk lidelse hvor spørsmålet om beslutningskompetanse er særlig relevant.
- brukerorganisasjonene får ansvar for å styrke kompetansen om brukermedvirkning i alle deler av helsetjenesten, inkludert tilsynsorganer (kontrollkommisjonene og statsforvalterne).
- krav til rapportering av aktivitet følger bevilgningene til brukerorganisasjonene for å sikre god ressursutnyttelse.
- Helsedirektoratet får ansvar for å innhente økt kunnskap om effekt av brukermedvirkning gjennom forskning i regi av etablerte fagmiljøer.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener det fortsatt er behov for økt vektlegging av brukermedvirkning i psykisk helsevern. Brukermedvirkning er særlig viktig for personer med alvorlig psykisk lidelse fordi de er særlig sårbare. Tilpasset informasjon er viktig for at en person skal kunne bruke sin beslutningskompetanse og medvirke til viktige beslutninger som gjelder vedkommende selv. Både i forbindelse med kompetansevurderinger og når pasienter mangler beslutningskompetanse, er det viktig å hjelpe pasienten til å få frem hva vedkommende vil. Etter utvalgets syn er brukermedvirkning en forutsetning for en bærekraftig kompetansebasert modell.

Økt vektlegging av brukermedvirkning er viktig for å ivareta pasientens selvbestemmelse etter innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Utvalget mener at brukerorganisasjonene kan spille en viktig rolle for å styrke kompetansen om beslutningsstøtte både hos enkeltpersoner og i alle deler av helsetjenesten. Overfor enkeltpersoner kan samtalegrupper, likemannsarbeid og personlig rådgivning eller ombud være eksempler på måter å styrke denne kompetansen på. Etter utvalgets syn er det behov for å systematisere

arbeidet med brukermedvirkning i større grad enn i dag for å sikre fokus på brukermedvirkning i alle deler av helsetjenesten.

### 13.2.5 Implementere nasjonale faglige råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern og øke forskning på frivillige behandlingsalternativer

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får ansvar for å koordinere implementeringen av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne i alle deler av helsetjenesten.
- Helseforetakene, sammen med kommunene i sitt opptaksområde, får ansvar for å iverksette lokale tiltak rettet inn mot tvangsforebygging og implementering av faglige råd i egen organisasjon.
- Norsk pasientregister (NPR) får i oppgave å legge til rette for tilgang til og aktiv bruk av registerdata om bruk av tvang i helsetjenesten til styrings- og forskningsformål.
- Helsedirektoratet får ansvar for å fremskaffe mer kunnskap om frivillige behandlingsalternativer, gjennom samarbeid med etablerte fagmiljøer. Dette er spesielt viktig for personer med mangelfull effekt av antipsykotiske legemidler.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at målet om å redusere unødig tvangsbruk forutsetter økt oppmerksomhet på forebygging av tvang. Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne kom i 2021. Utvalget mener disse rådene vil kunne bidra til både god pasientbehandling og til å forebygge og redusere behovet for å bruke tvang i psykisk helsevern, men savner en tydelig og bred implementeringsstrategi. Utvalget erfarer at de faglige rådene er lite kjent og brukt i klinisk praksis. Etter utvalgets syn er det behov for økt innsats for tvangsforebygging og holdningsendringer blant helsepersonell, også som en del av det videre implementeringsarbeidet med beslutningskompetanse.

For å lykkes med tvangsforebygging og reduksjon av tvang, mener utvalget at det er behov for en nasjonalt koordinert og målrettet satsning. Helseforetakene og de kommunale helsetjenestene må samarbeide om lokal implementering for eksempel etter modell fra Reducing Coercion in Norway (ReCoN)-prosjektet (se nærmere omtale i kapittel 7). Utvalget anbefaler at etablerte forskningsmiljø, kompetansesentre og bruker- og pårørendeorganisasjoner involveres i arbeidet. Etter utvalgets syn er klinisk relevant og praksisnær statistikk basert på registerdata et viktig verktøy i lokal tjenesteutvikling.

I tråd med nasjonale faglige råd for tvangsforebygging, mener utvalget at økt tilgjengelighet til psykiske helsetjenester i både spesialist- og kommunehelsetjenesten før en forverring av helsetilstanden kan bidra til å forebygge og redusere tvang. Videre kan økt satsning på forebyggende lavterskeltilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse bidra til sosial tilhørighet, meningsfull hverdag og jevnlig kontakt med hjelpeapparatet. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og vekslende beslutningskompetanse har risiko for tvangsinnleggelser og kan trenge oppfølging over tid. I likhet med de faglige rådene mener utvalget at det bør legges til

rette for oppfølging fra faste kontaktpersoner som vedkommende har en god relasjon til. Utvalget mener det er behov for bedre kunnskapsgrunnlag for frivillige behandlingsalternativer i psykisk helsevern. Dette gjelder også behandlingsalternativer for personer med mangelfull effekt av antipsykotiske legemidler. Utvalget mener det er behov for praksisnær forskning og annet utviklingsarbeid fra etablerte fagmiljøer for å sikre økt kunnskap.

### 13.2.6 Oppheve sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd

**Utvalget anbefaler å**

- oppheve sykdomsvilkåret («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming») i pbrl. § 4-3 andre ledd.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at pbrl. § 4-3 andre ledd bør være en diagnosenøytral bestemmelse. Etter utvalgets syn bør diagnosebaserte eller diagnosenære vilkår i helselovgivningen unngås i størst mulig grad. Sykdomsvilkåret i pbrl. § 4-3 andre ledd bidrar til å gjøre bestemmelsen uklar gjennom å liste opp flere upresise diagnostiske begreper. Både diskrimineringshensyn og hensynet til regelens klarhet taler for å oppheve sykdomsvilkåret, slik Paulsrud-utvalget påpeker. Utvalget støtter derfor forslaget til både Tvangslovutvalget og Paulsrud-utvalget om at pbrl. § 4-3 andre ledd skal være en diagnosenøytral bestemmelse. Det er også i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser, og særlig CRPD, med diagnosenøytral lovgivning.

Utvalget er innforstått med at dagens utforming av bestemmelsen tydeliggjør at det må foreligge en helsemessig årsak til at en person mangler beslutningskompetanse. Det kan derfor innvendes at å oppheve sykdomsvilkåret vil innebære å utvide hvem som kan omfattes av bestemmelsen. Utvalget støtter Paulsrud-utvalget og Tvangslovsutvalget i at bortfall av beslutningskompetanse er situasjonsbetinget og ikke bør knyttes til en bakenforliggende sykdom eller diagnostisk tilstand. Videre er manglende beslutningskompetanse bare ett av flere vilkår som må være oppfylt for tvangstiltak i ulike deler av helselovgivningen.

En annen innvending kan være at presiseringen av diagnosegrupper som «senil demens eller utviklingshemming» bidrar til å klargjøre ved hvilke tilstander pasientens beslutningskompetanse skal vurderes. Utvalget mener at økt bevissthet om når beslutningskompetanse skal vurderes, kan oppnås gjennom ulike tiltak, blant annet tilpasset opplæring i ulike deler av helsetjenesten. Det er utvalgets mening at hensynet til en diagnosenøytral bestemmelse og hensynet til regelens klarhet veier tyngre enn den eventuelle rettledningen som opplisting av upresise diagnostiske begreper gir.

Utvalget mener det er behov for å forenkle lovverket for blant annet å bedre ivareta pasienters rettssikkerhet. Å oppheve sykdomsvilkåret og dermed kravet til årsakssammenheng mellom sykdomsvilkåret og forståelsesevnen («på grunn av») i pbrl. § 4-3 andre ledd, kan bidra til at begrepsforvirringen knyttet til kompetansevurderinger blir mindre. Utvalget erfarer at det er personens tilstand og ikke en streng forståelse av sykdomsvilkåret som avgjør kompetansevurderinger etter dagens praksis. Etter utvalgets mening bidrar også sykdomsvilkåret til flere unødige vurderingstemaer i lovteksten. Samtidig vil utvalget påpeke at det ved å oppheve sykdomsvilkåret ikke er ment en realitetsendring i selve kompetansevurderingen.

### 13.2.7 Utrede hvordan bedre ivareta interessene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse, og som ikke har nærmeste pårørende

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får ansvar for å innhente en utredning om hvordan bedre å ivareta interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

- utredningen forankres i etablerte fag- og forskningsmiljøer og bruker- og pårørendeorganisasjoner og ser hen til internasjonale erfaringer for bedre å ivareta disse sårbare pasientene.

#### Utvalgets begrunnelse

Utgangspunktet er at nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir, jf. pbrl. § 1-3 bokstav b. Bestemmelsen har flere unntak fra dette utgangspunktet: Ved tvungent vern vil den som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten ha rettigheter som nærmeste pårørende uavhengig av hvem pasienten selv har oppgitt, med mindre særlig grunner taler imot. Utvalget mener at gjeldende helselovgivning i for liten grad tar høyde for at enkelte pasienter ikke har noen personer som det er naturlig å oppnevne som nærmeste pårørende. I tillegg har en del pasienter nærmeste pårørende som av ulike grunner ikke ønsker å involvere seg. Dette gjelder særlig en del personer med alvorlig psykisk lidelse underlagt tvungent vern. Personer uten beslutningskompetanse er sårbare uten den rettssikkerhetsfunksjonen nærmeste pårørende er ment å ivareta. God informasjonsflyt og ivaretakelse av disse personenes interesser kan derfor ikke basere seg på involvering av nærmeste pårørende alene. Dette er av særlig betydning i psykisk helsevern, hvor nærmeste pårørende har en viktig rolle for å ivareta interessene til pasienter som er underlagt tvang. Utvalget viser her til Tvangslovutvalgets drøftelse om svakheter i dagens representasjonsordning mv., og støtter disse vurderingene (NOU 2019: 14 punkt 28.10.2.4–7 og lovutkast § 3-4 første ledd med merknader på s. 723 flg.). Etter utvalgets syn, bør utredningen se på ulike løsninger, herunder vergemål, for å ivareta interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

## 13.3 Pårørendeinvolvering

### 13.3.1 Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten

**Utvalget anbefaler**

- å innføre pårørendeansvarlig personell på helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, som skal ha et overordnet faglig og administrativt ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av pårørende i den nye spesialisthelsetjenesteloven § 3-7.
- at rollen som pårørendeansvarlig forankres på klinikknivå som en stabsfunksjon for kvalitetsforbedring.
- at pårørendeansvarlig omtales i den reviderte nasjonale pårørendeveilederen.

#### Utvalgets begrunnelse

Anbefalt pårørendeinvolvering ved pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir i svært liten grad praktisert. Utvalget mener at pårørendeinvolvering er av særlig betydning når pasienten mangler beslutningskompetanse. Innføring av pårørendeansvarlig i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å sikre at man har gode rutiner og prosedyrer for implementering av pårørendeveilederen. Etter utvalgets syn bør pårørendeansvarlig personell omtales i arbeidet med å revidere nasjonal pårørendeveileder fra 2017. En pårørendeansvarlig skal bidra til å sikre at pårørendes rettigheter ivaretas, som igjen sikrer at interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse blir bedre ivaretatt.

### 13.3.2 Implementere forskningsbasert kunnskap om pårørendeinvolvering i psykiske helsetjenester rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får ansvar for å koordinere målrettet implementering av forskningsbasert kunnskap om praktisering av pårørendeinvolvering i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- implementeringsarbeidet gjøres i samarbeid med pårørende- og brukerrepresentanter samt etablerte fagmiljøer som kan bidra med forskningsbasert kunnskap og implementeringsstøtte til tjenesten, være faglige rådgivere og bidra til økt kunnskap om pårørendearbeid i utdanning av ulike grupper av helsepersonell.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener det er liten oppmerksomhet og manglende kunnskap om pårørendeinvolvering og familiestøtte i helsetjenesten, både før og etter 2017. Dette på tross av at Norge i flere år har hatt nasjonale føringer for pårørendeinvolvering og kunnskap om at det å involvere pårørende i behandlingen kan bidra til bedre tjenester for den som er syk. Når man ønsker å

endre praksis i retning av noe helsepersonell kan lite om, stiller dette ekstra krav til arbeid med implementering.

Utvalget mener at ivaretagelse og involvering av pårørende ble aktualisert med samtykkevilkåret som vilkår for tvang i psykisk helsevern. Dette har ikke vært tilstrekkelig vektlagt, og utvalget vurderer at det er behov for implementeringsstøtte for bedre praktisering av pårørendeinvolvering. Det gjelder særlig overfor personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse.

### 13.3.3 Styrke kompetanse hos helsepersonell og sikre rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til nasjonal pårørendeveileder

**Utvalget anbefaler at**

- Helseforetakene og kommunene får ansvar for å heve kompetanse om pårørendeinvolvering blant helsepersonell i psykiske helsetjenester samt å utarbeide rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til pårørendeveilederen og behandlingsforløpene på tvers av forvaltningsnivåene.

- opplæringstiltak fokuserer særlig på opplæring i pårørendes rettigheter og unntakene fra taushetsplikten knyttet til pårørende.

#### Utvalgets begrunnelse

Anbefalt pårørendeinvolvering ved psykoselidelser praktiseres i svært liten grad i klinisk praksis. Utvalget mener at kompetanse om pårørendeinvolvering og rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid er særlig viktig for helsepersonell og i tjenester rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse. Etter utvalgets syn bør dette arbeidet forankres i det enkelte helseforetak/ kommune for å sikre tilpasset opplæring i henhold til pårørendeveilederen. Tilbakemeldingene fra både pårørende og helsepersonell uttrykker at det er behov for mer kunnskap og opplæring i regler for taushetsplikt. Praktisering av taushetspliktens unntaksbestemmelser er særlig vanskelig for helsepersonell. Helsepersonell som ikke har tilstrekkelig kompetanse, vil gjerne legge en for streng fortolkning til grunn.

### 13.3.4 Styrke pårørendeorganisasjonene slik at de kan bidra med råd, veiledning og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet må styrke bevilgninger til pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse og rus slik at de kan bistå med veiledning om beslutningskompetanse og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse.

- krav til rapportering av aktivitet følger bevilgninger til disse organisasjonene for å sikre både god kvalitet og ressursutnyttelse.

### Utvalgets begrunnelse

Pårørendeorganisasjonene har viktig kompetanse om pårørendes situasjon og kan være sentrale pådrivere for fagutvikling i helsetjenesten. Pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse kan ha en stor omsorgsbelastning. Pårørendeorganisasjonene kan gi god veiledning og støtte i form av blant annet samtalegrupper, likemannsarbeid og personlig rådgivning til pårørende som står i en krevende situasjon. Etter utvalgets mening spiller pårørendeorganisasjonene en viktig rolle for å styrke kompetansen om pårørendes situasjon og betydning for pasientbehandling av god kvalitet i alle deler av helsetjenesten. Det at de pårørende får råd og veiledning og lærer hvordan de kan håndtere pasientens sykdom, kan både bidra til å stabilisere pasienten og til å støtte de pårørende i deres omsorgsansvar.

## 13.3.5 Presisere nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler beslutningskompetanse og når pasienten har omsorgsansvar for barn eller det foreligger fare for andres liv eller helse

**Utvalget anbefaler å**

- presisere betydningen av beslutningskompetanse i bestemmelsene om nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning, jf. pbrl. §§ 3-3 andre ledd og 3-1 tredje ledd.
- begrense beslutningskompetente pasienters rett til å frasi seg pårørendeinvolvering ved å innføre et unntak i pbrl. §§ 3-3 andre og 3-1 tredje ledd. Unntaket bør gjelde pasienter med omsorgsansvar for barn, eller pasienter med alvorlig sinnslidelse som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til punkt i kapittel 10 for en nærmere gjennomgang av nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning. Utvalget foreslår å endre ordlyden i pbrl. § 3-3 andre ledd slik at den harmonerer med pbrl. § 4-3 andre ledd. Etter utvalgets vurdering har pbrl. § 3-3 andre ledd tilsvarende vilkår for manglende beslutningskompetanse som pbrl. § 4-3 andre ledd. De foreslåtte endringene i pbrl. § 4-3 andre ledd innebærer at beviskravet i § 3-3 vil bli senket tilsvarende fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig». Utvalget mener videre det er hensiktsmessig med én felles bestemmelse for bortfall av beslutningskompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd fremfor liknende bestemmelser spredt rundt i lovverket som kan bidra til uklarhet. På denne bakgrunnen foreslår utvalget redaksjonelle endringer i hpl. § 22 tredje ledd dersom personen mangler beslutningskompetanse i tråd med de foreslåtte endringene i pbrl. § 3-3 andre ledd.

I utgangspunktet må pasienten samtykke til at nærmeste pårørende skal involveres. Utvalget støtter Tvangslovutvalgets vurdering om at det må gå grenser for personens rett til å frasi seg pårørendeinvolvering, selv om beslutningskompetansen er intakt. Dette kan begrunnes i at pårørende kan ha rettmessige selvstendige interesser i saken. Utvalget mener at nærmeste pårørendes rett til involvering må gå foran en beslutningskompetent persons motstand i to tilfeller: når personen har omsorgsansvar for barn og når personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Felles for disse to tilfellene er at hensynet til andre gjør

seg særlig gjeldende og må gå foran hensynet til den kompetente personens ønske om å frata nærmeste pårørendes deres rettigheter. Utvalget er innforstått med at lovendringsforslaget vil få anvendelse både ved både psykiske og somatiske lidelser, og mener at hensynet til barn og nærmeste pårørende veier tyngre i disse to tilfellene. Det vises her til Tvangslovutvalgets drøftelse om personens rett til å nekte pårørendeinvolvering, og utvalget støtter disse vurderingene (NOU 2019: 14 punkt 28.10.2.3 og lovutkast § 3-4 andre ledd med merknader på s. 724).

Utvalget mener at gjeldende rett for «nærliggende og alvorlig fare» i farevilkåret (phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav b) bør videreføres i forslaget til endringer i pbrl. §§ 3-1 tredje ledd og 3-3 andre ledd. Utvalget presiserer at helsepersonell allerede har en særskilt plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging et mindreårig barn kan ha som følge av pasienten med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, jf. helsepersonelloven § 10 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Etter utvalgets syn bidrar de foreslåtte lovendringen til ytterligere å sikre ivaretakelsen av mindreårige barn.

### 13.3.6 Tydeliggjøre forståelsen av reglene om taushetsplikt for nærmeste pårørende når pasienter mangler beslutningskompetanse eller er til fare for andre

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet tydeliggjør forståelsen av reglene om taushetsplikt når en pasient mangler beslutningskompetanse for å sikre at pasientens og pårørendes interesser og rettigheter bedre ivaretas. Det er et særlig behov for å klargjøre unntak fra taushetsplikten for personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse i det psykiske helsevernet.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at usikkerhet om unntak fra taushetspliktsreglene blant helsepersonell er en viktig årsak til manglende pårørendeinvolvering i det psykiske helsevernet. Rettighetene til pårørende av pasienter uten beslutningskompetanse er særlig viktig å ivareta fordi de fleste pårørende er en garantist for pasientens rettssikkerhet. Utvalget erfarer at det er behov for en utredning av flere krevende spørsmål i forbindelse med informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og pårørende (se omtale i kapittel 10 om pårørende). Pårørende av pasienter med alvorlig psykisk lidelse hvor farevilkåret er oppfylt, kan være særlig sårbare. Eksempelvis er det usikkert hvem som er omfattet av «andre» når nærmeste pårørende til en person uten beslutningskompetanse kan samtykke til at tausbelagte opplysninger deles, jf. hpl. § 22 tredje ledd. Samtidig som pårørende kan ha viktig informasjon om pasienten for vurdering av farevilkåret, kan pårørenderelasjonen ta skade og pårørende utsette seg selv for fare ved å uttale seg mot pasientens ønske. Utvalget mener at det er nødvendig at disse krevende spørsmålene hvor beslutningskompetansen melder seg, blir utredet nærmere som ledd i å sikre en bærekraftig kompetansebasert modell.

## 13.4 Kompetansevurderinger av god kvalitet

### 13.4.1 Utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern.
- retningslinjene har særlig oppmerksomhet på den kliniske vurderingen av beslutningskompetanse.
- retningslinjene inneholder en konsis gjennomgang av gjeldende vilkår for manglende beslutningskompetanse som er forståelig og anvendelig for klinikere, blant annet hvordan klinikere skal vurdere forståelseskravet opp mot beviskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.
- retningslinjene bør også gi rettledning i å vurdere konsekvensene av pasientens valg som del av kompetansevurderingen og farevilkåret dersom pasienten er beslutningskompetent.
- helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og tilsynsorganer involveres i arbeidet for å sikre nærhet til praksisfeltet og at retningslinjene ivaretar ulike perspektiver på en god måte.
- representanter fra etablerte fag- og forskningsmiljøer deltar i arbeidet for å kvalitetssikre retningslinjene ut fra oppdatert internasjonal forskning på feltet.
- Helsedirektoratet har et implementeringsfokus under alle deler av arbeidet med retningslinjene for å sikre at den får betydning i klinisk praksis.
- retningslinjene omtaler unntaksreglene for taushetsplikten for å innhente opplysninger som del av kompetansevurderingen.
- Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet bør se nærmere på om flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas gjennom retningslinjer for kompetansevurderinger og dermed oppheves.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at det er behov for nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse. Etter utvalgets syn bør retningslinjene særlig rette seg mot klinikere, som gjennomfører de fleste kompetansevurderinger. Utvalget mener at nasjonale faglige retningslinjer vil være et nødvendig tiltak for å bedre kvaliteten og redusere uønsket variasjon i kompetansevurderingene. Etter utvalgets syn er det behov for å knytte det juridiske grunnlaget tettere til de kliniske og etiske aspektene i den praktiske gjennomføringen av kompetansevurderinger.

De nasjonale faglige retningslinjene bør utarbeides med særlig henblikk på utfordringer med kompetansevurderinger i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tilsynsorganer i psykisk helsevern, som beskrevet i kapittel 12. Blant annet bør retningslinjene ta stilling til hvordan klinikere skal skille kompetansevurderingene for tvungent vern og tvungen behandling fra hverandre. Retningslinjene bør se nærmere på de ulike situasjonene kompetansevurderingene gjøres i; som legevakt, spesialistvedtak etter innleggelse og tilsynsorganenes gjennomganger, og komme med konkrete råd i hvordan kompetansevurderingene bør foretas i ulike situasjoner. Utvalget mener at det også bør vurderes om det skal utarbeides tilsvarende retningslinjer for somatiske pasienter. Både den vedtaksansvarlige og allmennleger har en rekke andre arbeidsoppgaver enn å vurdere beslutningskompetanse, og kravene til vurderingene i retningslinjene bør ses i sammenheng med øvrige krav som stilles.

Nasjonale faglige retningslinjer er sentrale normerende dokumenter i helse- og omsorgstjenesten. Slike retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering, og gjelder gjerne problemstillinger der det er faglig uenighet og/eller stor variasjon i praksis. Ut fra de beskrevne utfordringene med å vurdere beslutningskompetanse i psykisk helsevern (se omtale i kapittel 12), mener utvalget derfor at det er behov for nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger.

Som del av utarbeidelsen av retningslinjene, mener utvalget at Helsedirektoratet bør se nærmere på hvordan flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas i forbindelse med en kompetansevurdering. Som del av implementering av denne retningslinjen, kan Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å oppheve de vilkårene som er ivaretatt fra phvl. §§ 3-3 a og 4-4.

### 13.4.2 Utvikle og implementere et validert verktøy for kompetansevurderinger i psykisk helsevern

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får ansvar for at det utvikles og legges til rette for implementering av et norsk validert verktøy for vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern.
- det validerte verktøyet skal rette seg særlig mot vedtaksansvarlige i psykisk helsevern og tydeliggjøre hvilke momenter som skal inngå i en kompetansevurdering av god kvalitet.
- arbeidet med å utvikle det validerte verktøyet forankres i etablerte fag- og forskningsmiljøer, som også bør få ansvar for utprøving og følgeforskning.
- helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, tilsynsorganer og relevante fagmedisinske foreninger og faglige organisasjoner involveres i arbeidet for å sikre nærhet til praksisfeltet og at det validerte verktøyet ivaretar ulike perspektiver på en god måte.
- helseforetakene får ansvar for tilpasset opplæring i bruk av det endelige verktøyet i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med relevante faglige organisasjoner og etablerte forskningsmiljøer.
- arbeidet med et validert verktøy koordineres med det foreslåtte tiltaket om nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger i punkt 13.4.1

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at det validerte kliniske verktøyet for kompetansevurderinger bør rette seg mot den vedtaksansvarlige i psykisk helsevern. Etter utvalgets syn er dagens tilnærming til elementene i akronymet FARV (forstå, anerkjenne, resonnere og valg) lite egnet i krevende kompetansevurderinger. Dagens tilnærming til FARV har en rekke utfordringer som omtalt i punkt 12.11. Utvalget mener likevel at FARV kan ha en funksjon i klinisk praksis hvis det understøttes av både validerte verktøy og kvalitetssikring, sammen med god opplæring, forskning og fagutvikling. Etter utvalgets syn, er det av stor betydning at det validerte verktøyet er tilpasset en hektisk klinisk hverdag hvor kompetansevurderinger bare er en av en rekke arbeidsoppgaver for den vedtaksansvarlige. Dette innebærer at verktøyet må være konsist og samtidig bidra til å kvalitetssikre kompetansevurderinger.

### 13.4.3 Utarbeide og implementere et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten og presisere kvalitetskrav for vurderingene

**Utvalget anbefaler at**

- Helsedirektoratet får ansvar for at det utarbeides og legges til rette for implementering av et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten.
- verktøyet er relevant for kompetansevurderinger ved både psykiske og somatiske lidelser.
- arbeidet med det tilpassede verktøyet forankres i fagmedisinske foreninger og etablerte fag- og forskningsmiljøer, som også bør få ansvar for utprøving og følgeforskning.
- verktøyet bør også gi rettledning i å vurdere konsekvensene av pasientens valg som del av kompetansevurderingen og farevilkåret dersom pasienten er beslutningskompetent.
- kommunene får ansvar for tilpasset opplæring i bruk av verktøyet i kommunehelsetjenesten i samarbeid med relevante faglige organisasjoner og etablerte forskningsmiljøer. Et e-læringskurs i kompetansevurderinger som er tilpasset primærlegenes behov og begrensede tid bør inngå i implementeringen av det tilpassede verktøyet, gjerne med relevante kasuistikker.
- verktøyet bør inngå i maler i journalsystemer og gjøres tilgjengelig på relevante elektroniske verktøy til innleggende leger (for eksempel Legevakthåndboken og Norsk elektronisk legehåndbok).
- Helsedirektoratet presiserer hva det innebærer at innleggende leger kun skal komme med en uttalelse om beslutningskompetanse, herunder hvilke krav som stilles til en slik kompetansevurdering.

#### Utvalgets begrunnelse

Henvisende lege i primærhelsetjenesten har i dag ingen tilpassede verktøy eller tydelige føringer å støtte seg på i sine kompetansevurderinger. I tillegg har hver primærlege ofte få innleggelser på tvungent vern i psykisk helsevern. Dette gjør at øvrige deler av tvangslovgivningen også kan være ukjent for dem. Mangelfull opplæring og uklare føringer kan bidra til unødig bruk av tvang. En for streng praktisering av samtykkevilkåret kan gjøre at pasienter som burde ha blitt henvist til behandling under tvungent vern, ikke henvises fra primærlegen. Utvalget ser derfor behov for å styrke primærlegenes forståelse og praktisering av kompetansevurderinger.

Etter utvalgets syn, kan FARV være et godt utgangspunkt for tilpasset veiledning i kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten hvor henvisende lege kun skal komme med en uttalelse om pasientens beslutningskompetanse. Hver enkelt primærlege har begrenset befatning med kompetansevurderinger i forbindelse med å henvise pasienter til tvungent vern. I tråd med rundskrivet til psykisk helsevernloven, mener utvalget at det ikke kan stilles samme krav til grundigheten i kompetansevurderingen til en innleggende lege som for den

vedtaksansvarlige i spesialisthelsetjenesten. Likevel mener utvalget det er behov for at Helsedirektoratet presiserer og kommuniserer hva det innebærer at innleggende leger kun skal komme med en uttalelse om beslutningskompetanse, herunder hvilke krav som stilles til omfanget av en slik kompetansevurdering.

Utvalget erfarer at primærleger etterlyser tilpasset opplæring i kompetansevurderinger av beslutningskompetanse. Etter utvalgets mening er det en stor bredde i arbeidet til primærleger, som har en mengde ulike opplæringstilbud tilgjengelig. Utvalget mener at det derfor er nødvendig å gjøre opplæringstiltakene knyttet til beslutningskompetanse mest mulig relevant for flere deler av arbeidet deres, blant annet gjennom bruk av kasuistikker. Kompetansevurderinger er blant annet også relevant for sykehjemsleger og i forbindelse med vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Slik utvalget ser det, taler dette for at en tilpasset versjon av FARV for primærleger bør omfatte både psykiske og somatiske lidelser.

### 13.4.4 Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd

**Utvalget anbefaler å**

- senke beviskravet for manglende samtykkekompetanse fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til punkt 4.3.2 for en nærmere gjennomgang av beviskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd. Utvalget mener at det nåværende beviskravet («åpenbart») i pbrl. § 4-3 andre ledd bør senkes til «overveiende sannsynlig». Med «overveiende sannsynlig» mener utvalget at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt, altså mer enn 50 prosent sannsynlig, for at personen «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne». Utvalget har også vurdert «sannsynlighetsovervekt» som uttrykk for det samme beviskravet, men valgte «overveiende sannsynlig» for å harmonisere det med eksisterende lovverk. Etter utvalgets syn, harmonerer et slikt beviskrav med hensynene bak et vilkår om manglende beslutningskompetanse. Ved å senke beviskravet tillater man derfor mer usikkerhet knyttet til kompetansevurderinger.

Etter utvalgets syn, kan usikkerhet i klinisk praksis om beviskravet bidra til å forringe kvaliteten på kompetansevurderinger. Utvalget erfarer at bruken av beviskravet «overveiende sannsynlig» ikke er ensartet i litteraturen. Det synes likevel å være bred enighet om «overveiende sannsynlig» i phvl. § 3-2 tredje ledd innebærer et krav om alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at vilkårene i phvl. § 3-3 nr. 3 er oppfylt. Når Paulsrud-utvalget foreslår å senke beviskravet for bortfall av beslutningskompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig», mener det derimot at det ikke er nødvendig å gå inn på hva som ligger i «overveiende sannsynlig» utover at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt, og viser til rettspraksis for nærmere avklaring. Utvalget mener en slik tilnærming er uheldig, og vil betone betydningen av en enhetlig bruk av beviskravet «overveiende sannsynlig» i helselovgivningen, og særlig innenfor psykisk helsevern. Etter utvalgets syn, er det avgjørende at de vedtaksansvarlige for tvungent vern og tvungen

behandling er kjent med hva beviskravet innebærer. Beviskravets innhold og betydning bør derfor fremgå tydelig av de anbefalte nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger. I tillegg bør disse retningslinjene tydeliggjøre for klinikere hvordan de skal anvende beviskravet opp mot forståelseskravet i klinisk praksis.

Tvangslovutvalget foreslår alminnelig sannsynlighetsovervekt som beviskrav ved midlertidige vedtak, som omfatter tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven (NOU 2019: 14, s. 524 og lovutkastet § 9-14). For ordinære vedtak uttrykker Tvangslovutvalget forståelse for et synspunkt om at «åpenbart» er for strengt som beviskrav. Det ble likevel ikke foreslått noen endring på dette beviskravet, delvis for å hindre utglidning i praksis, og delvis fordi Tvangslovutvalget oppfatter det som viktigere å få inn i loven en presisering knyttet til at konsekvenser av behandlingsnektelse har betydning for kompetansevurderingen. Utvalget er på linje med flertallet i Paulsrud-utvalget som mener at «overveiende sannsynlig» representerer en mer balansert standard med tanke på å ivareta både pasientens selvbestemmelsesrett og velferd. Ved å foreslå «overveiende sannsynlig» som nytt beviskrav i pbrl. § 4-3 andre ledd, viderefører utvalget presumsjonen for kompetanse, samtidig som det skal mindre til for at den faller bort. I motsetning til Paulsrud-utvalget, mener utvalget at krav til sannsynlighetsgrad i «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd bør være den samme som i phvl. § 3-2 nr. 4, altså alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at personen mangler beslutningskompetanse.

### 13.4.5 Presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen

**Utvalget anbefaler å**

- presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen.
- endre forståelseskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd til «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen omfatter og konsekvensene av denne».

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til punkt 4.4 for en nærmere gjennomgang av konsekvensenes betydning for forståelseskravet. Utvalget mener at de rettslige rammene for kompetansevurderinger ved nektelse av helsehjelp til dels er uklare etter dagens regelverk. Det sentrale kravet til bortfall av beslutningskompetanse i pbrl. § 4-3 andre ledd er at pasienten «ikke er i stand til å forstå» hva samtykket omfatter. Dynamikken i dette forståelseskravet knytter seg til konsekvensene av pasientens valg. Utvalget mener at denne dynamikken er en sentral og underkommunisert del av kompetansevurderinger. Når behandlingsnektelse kan få alvorlige negative konsekvenser, vil det være avgjørende å ta stilling til hvordan sykdommen påvirker pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av sin egen tilstand og konsekvensene av sitt valg. Pasienten vil sannsynligvis ikke være kompetent dersom sykdommen er årsak til manglende forståelse av følgene av å motsette seg behandlingen. Pasientens valg kan også få store konsekvenser for andre. Fare for andre som følge av behandlingsnektelsen kan være relevant selv om unntaket om fare for andres liv eller helse ikke nødvendigvis er oppfylt. Kravet til forståelse vil også skjerpes i slike tilfeller. Større vektlegging av samfunnsvernet som del av

kompetansevurderingen kan samtidig gå på bekostning av ivaretakelse av pasientens autonomi. Likevel mener utvalget at alvorlige negative konsekvenser ved behandlingsnektelse bør få betydning for kompetansevurderingen. Slik utvalget ser det, er ivaretakelse av alvorlige negative konsekvenser en forutsetning for at en kompetansebasert modell skal være bærekraftig. Etter utvalgets syn er den foreslåtte endringen i pbrl. § 4-3 andre ledd en presisering av forståelseskravet som følger av gjeldende rett. Utvalget støtter her Tvangslovutvalgets forslag og Helsedirektoratets innspill til utvalget hvor konsekvensene fremgår direkte av pbrl. § 4-3 andre ledd. Ved å inkludere konsekvensene i bestemmelsen synliggjøres betydningen av å hensynta alvorlige konsekvenser ved behandlingsnektelse etter gjeldende rett.

### 13.4.6 Endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3

**Utvalget anbefaler å**

- Endre psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3 slik at vilkåret bedre harmonerer med de øvrige vilkårene for tvungen observasjon i bestemmelsen.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til punkt 3.6 for en nærmere gjennomgang av vilkårene for tvungen observasjon (phvl. § 3-2). Utvalget mener at gjeldende vilkår for manglende beslutningskompetanse harmonerer dårlig med øvrige vilkår i phvl. § 3-2 om tvungen observasjon. Ved å senke beviskravet for både beslutningskompetanse og farevilkåret i phvl. § 3-2 nr. 3, kan flere personer potensielt sett bli holdt tilbake på institusjon i inntil 24 timer før vedtaksansvarlig vurderer om vilkårene er oppfylt. Beviskravet knyttet til manglende beslutningskompetanse i phvl. § 3-2 nr. 3 er kun tatt med av pedagogiske grunner, og vil være «overveidende sannsynlig» i tråd med foreslått endring i pbrl. § 4-3 andre ledd. De foreslåtte endringene i phvl. § 3-2 nr. 3 medfører at beviskravet «overveiende sannsynlig» (mer enn 50 prosent sannsynlighet) også vil gjelde for unntaket for «fare for eget liv eller andres liv eller helse». Dermed vil beviskravet til farevilkåret både i phvl. §§ 3-2 nr. 3 og 4 være likt, som utvalget vurderer er en nødvendig harmonisering av bestemmelsen. Utvalget mener det kan være utfordrende for faglig ansvarlig å foreta en grundig kompetanse- og farevurdering innen kravet på 24 timer. Etter utvalgets syn, vil de foreslåtte tiltakene om å senke beviskravet for phvl. § 3-2 nr. 3 og pbrl. § 4-3 andre ledd delvis kompensere for disse utfordringene da det tillater større grad av usikkerhet knyttet til pasientens forståelse av sitt valg og spørsmålet om fare.

### 13.4.7 Åpne for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern

**Utvalget anbefaler at**

- undersøkelse og behandling av personer som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen kan skje frivillig etter pbrl. § 4-6 ved å oppheve pbrl. § 4-3 femte ledd og endre phvl. §§ 2-1 og 4-4.
- tvungent vern (phvl. §§ 3-2 og 3-3) defineres som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som pasienten motsetter seg etter phvl. §§ 1-2 andre og tredje ledd.
- undersøkelse og behandling uten eget samtykke endres til tvungen undersøkelse og behandling i phvl. § 4-4.
- kontrollkommisjonens leder underrettes og mottar kopi av underlagsdokumenter for avgjørelsen om helsehjelp etter pbrl. § 4-6 andre ledd dersom pasienten har eller antas å ha en alvorlig psykisk lidelse. Kontrollkommisjonens leder skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pbrl. § 4-6 andre ledd ved å endre phvl. § 3-8. Denne formelle kontrollen bør omfatte en selvstendig vurdering av om det er foretatt, begrunnet og gjort vurderinger av pasientens beslutningskompetanse og motstand. Avgjørelser om etablering av psykisk helsevern og oppstart eller videreføring av antipsykotisk legemiddelbehandling er av særlig betydning å kontrollere.
- helseforetakene får ansvar for å styrke helsepersonells kompetanse om hva motstand innebærer, hvordan pasienter kan uttrykke motstand på ulike måter, og hvordan helsepersonell skal kunne vurdere om det foreligger motstand som vil ha faktisk og rettslig relevans. Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør bidra i utarbeidelsen av helseforetakets retningslinjer for helsepersonell om motstand.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til kapittel 3 for en omtale av gjeldende rett knyttet til helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse. Formålet med det foreslåtte tiltaket er å bidra til mer verdighet for pasienten og unngå unødige tvangsvedtak overfor pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen.

Utvalget mener at personer både med og uten alvorlig psykisk lidelse og som mangler beslutningskompetanse og er hjelpetrengende, bør få tilgang til helsehjelp de ikke motsetter seg. Dette gjelder allerede for personer med somatiske lidelser. Personer både med og uten alvorlig psykisk lidelse som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen, vil etter de foreslåtte endringene kunne motta denne etter pbrl. § 4-6 andre ledd. Pbrl. § 4-6 andre ledd oppstiller flere vilkår for å gi helsehjelp som innebærer et «alvorlig inngrep» for pasienten. Utvalget legger til grunn at innleggelse og behandling i psykisk helsevern er å regne som et «alvorlig inngrep». Ved å oppheve pbrl. § 4-3 femte ledd i tråd med utvalgets anbefalinger, vil gruppen av personer som kan motta helsehjelp etter § 4-6 andre ledd bli utvidet.

I utgangspunktet gjelder pbrl. § 4-6 for pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Ved denne alderen opphører det juridiske foreldreansvaret. Bestemmelsene i psykisk helsevern har i dag en aldersgrense ved fylte 16 år. Ut fra begrensningene i utvalgets virketid, har utvalget lagt til grunn at pbrl. § 4-6 andre ledd gjelder for pasienter med psykiske lidelser over 16 år. Dette vil innebære at helsepersonell overtar foreldrenes rett til å samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse ved fylte 16 år i psykisk helsevern, jf. pbrl. § 4-5. Utvalget utelukker ikke at det er andre relevante problemstillinger for aldersgruppen 16 til 18 år som med dette ikke blir tilstrekkelig belyst.

Det er et vilkår for å fatte vedtak om tvungent vern og tvungen behandling at frivillighet har vært forsøkt eller åpenbart formålsløst å forsøke, jf. phvl. §§ 3-2 nr. 1, 3-3 nr. 1 og 4-4 tredje ledd. Etter gjeldende rett er frivillighet åpenbart formålsløst for pasienter med manglende samtykkekompetanse. Ved å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd slik utvalget foreslår i punkt 13.4.4, vil ikke frivillighet nødvendigvis være åpenbart formålsløst for pasienter uten kompetanse. Med de foreslåtte endringene i phvl. § 2-1 tredje ledd vil personer med psykiske lidelser kunne motta frivillig helsehjelp etter pbrl. § 4-6 andre ledd hvor det etter gjeldende rett må fattes tvangsvedtak. Utvalget foreslår ingen endringer av konverteringsforbudet i phvl. § 3-4. De foreslåtte lovendringene innebærer også at pasienter som mister beslutningskompetansen under frivillig psykisk helsevern og ikke motsetter seg helsehjelp, fortsatt kan motta helsehjelp etter pbrl. § 4-6 andre ledd. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, tilsier konverteringsforbudet at vedkommende skal skrives ut med mindre unntaket i phvl. § 3-4 andre ledd kommer til anvendelse.

Utvalgets foreslåtte tiltak åpner for at personer uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg legemiddelbehandling, kan motta dette etter beslutning i samsvar med gjeldende pbrl. § 4-6 andre ledd. Hvis pasienten har mottatt legemidler frivillig tidligere under innleggelsen, vil et bortfall av beslutningskompetanse ikke gjøre at det må fattes et vedtak om tvungen behandling etter phvl. § 4-4 dersom pasienten ikke motsetter seg videre legemiddelbehandling. Forslaget innebærer også at pasienter underlagt tvungent vern (enten på døgn eller TUD) kan motta legemiddelbehandling etter beslutning etter pbrl. § 4-6 andre ledd. Dersom pasienten motsetter seg legemiddelbehandling, må det som i dag eventuelt fattes et vedtak om tvungen behandling etter reglene i phvl. § 4-4 a, jf. § 4-4. På bakgrunn av de foreslåtte endringene i dette tiltaket, mener utvalget at tvungen undersøkelse og behandling tydeliggjør phvl. § 4-4.

Behandling av personer uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg dette, nødvendiggjør endring av tvangsbegrepet i phvl. § 1-2. Ved å endre fra fravær av samtykke til at personer motsetter seg i phvl. § 1-2, vil ulike pasientgrupper være omfattet. Dette vil blant annet omfatte alvorlig deprimerte eller demente pasienter som ikke orker å ta stilling til videre behandlingstilbud. Når tvangsdefinisjonen i psykisk helsevern blir innskrenket, blir det altså et større rom for å kunne beslutte å gjennomføre helsehjelp uten å anvende tvangsreglene. Et motstandskrav for tvungent vern i phvl. § 1-2 vil gi et felles begrep for tvang i psykisk helsevernloven kapittel 3 og pasient- og brukerettighetsloven kapittel 4 A. Slik utvalget ser det, kan det å harmonisere tvangsbegrepene bidra til å redusere fragmenteringen i tvangslovgivningen og gjøre den enklere å anvende. Å endre definisjonen av tvang i psykisk helsevernloven slik utvalget foreslår, vil samtidig aktualisere hjemmelsspørsmål knyttet til øvrig tvangsbruk i psykisk helsevern. Ved å endre på én del av tvangslovgivningen oppstår det samtidig flere andre problemstillinger. Utvalget mener at dette synliggjør utfordringene med ulike definisjoner for tvang i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerettighetsloven.

Utvalget mener at psykisk helsevernloven bør legge samme forståelse av motstand til grunn som pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Spørsmålet etter psykisk helsevernloven blir da hvorvidt personen motsetter seg tilbud om psykisk helsevern. Hvorvidt pasienten viser motstand, må basere seg på en konkret skjønnsmessig vurdering. Samtidig legger utvalget til grunn at den foreslåtte endringen er i tråd med praksis før endringene i psykisk helsevernloven i 2017, hvor klinikere innfortolket et motstandskrav til tross for at dette ikke fremgikk av gjeldende lovgivning fra 2007.

En skjønnsmessig vurdering av motstand stiller juridiske, etiske og helsefaglige krav til den vedtaksansvarlige, og kan også nødvendiggjøre at noen som kjenner personen godt deltar i samtalen. Det følger av både pbrl. § 4-6 andre ledd og phvl. § 3-9 første ledd at pårørende må høres i forbindelse med at det fattes vedtak etter bestemmelsene. I vurderingen av motstand, må det tas hensyn til pasientens evne til å vise den. Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Dette er særlig relevant for personer med kognitive svekkelser som av den grunn kan la seg lede eller ha vansker med å formidle motstand. Hvordan personens motstand overvinnes, kan være avgjørende for om tiltaket er å anse som tvang. Ved tvang som overvinnelse av motstand, er personens holdning på gjennomføringstidspunktet avgjørende. Hvorvidt personen tidligere har vært positiv til tiltaket eller stiller seg positiv til det i etterkant, er heller ikke alltid avgjørende for om tiltaket er å anse som tvang. Motstand mot antipsykotiske legemidler som følge av alvorlige uønskede bivirkninger som viser seg etter noe tid, reiser særlige spørsmål. Utvalget viser her vurderingene som ligger til grunn for Tvangslovutvalgets lovutkast §§ 6-2 og 6-4 om tiltak personen ikke motsetter seg i NOU 2019: 14 kapittel 30, og støtter drøftelsen i punkt 25.6.2.2.2.

Utvalget mener det er særlig behov for å ivareta rettssikkerheten til personer som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse uten beslutningskompetanse og som ikke motsetter helsehjelp. På denne bakgrunnen foreslår utvalget at kontrollkommisjonens leder underrettes og mottar kopi av underlagsdokumenter, og så snart som mulig forvisser seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pbrl. § 4-6 andre ledd. Etter utvalgets syn er det hensiktsmessig å begrense kontrollen til personer som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, som en særlig sårbar gruppe. Ut fra både ressurs- og effektivitetshensyn mener utvalget at det er tilstrekkelig at kontrollkommisjonens leder utfører en slik legalitetskontroll. Denne formelle kontrollen bør undersøke om det er foretatt, begrunnet og gjort vurderinger av pasientens beslutningskompetanse og motstand. Utvalget mener at kontrollen er av særlig betydning ved etablering av psykisk helsevern og oppstart eller fortsettelse av antipsykotisk legemiddelbehandling.

Utgangspunktet er at pasienten innlagt etter phvl. § 2-1 tredje ledd, jf. pbrl. § 4-6 andre ledd, skal skrives ut dersom vedkommende ønsker det. Unntaket fra konverteringsforbudet i phvl. § 3-4 andre ledd krever at farevilkåret er oppfylt. Dersom det ikke foreligger fare, må det være en realitet i pasientens utskrivelse før vedkommende eventuelt kan reinnlegges etter behandlingsvilkåret (phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav a) dersom det framstår som nødvendig av hensyn til pasienten selv.

Å benytte pbrl. § 4-6 andre ledd som hjemmel for innleggelse er likevel en rettslig utfordring dersom en person uten beslutningskompetanse, som er innleggelsestrengende og som ikke viser motstand, vil bli holdt tilbake på institusjonen dersom vedkommende senere skulle ønske å skrive seg ut. Ved slik sannsynlig fremtidig bruk av tvang følger det både av Grunnloven § 113 og rettspraksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) at frihetsberøvelse må ha et gyldig lovgrunnlag og et formelt vedtak som blant annet opplyser

om varigheten av frihetsberøvelsen. Utvalget mener at pbrl. § 4-6 andre ledd ikke gir tilstrekkelig hjemmel for innleggelse i tilfeller hvor pasienten reelt sett er tvangsinnlagt. Det er altså behov for å avgrense kretsen av personer som kan benytte § 4-6 andre ledd som grunnlag for å motta helsehjelp.

På bakgrunn av de beskrevne rettssikkerhetsmessige utfordringene, foreslår Tvangslovutvalget en egen bestemmelse for innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang i lovutkastet § 5-2. Det går utover utvalgets mandat å komme med konkrete lovforslag for alle problemstillingene knyttet til å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand. Utvalget viser til drøftelsen i NOU 2019: 14 kapittel 30. Utvalget støtter de særlige tilpasningene som er gjort i lovutkastet § 5-2 med at det blant annet er tilstrekkelig at pasienten har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og at personen kun trenger å være undersøkt av én lege. Utvalget kommer ikke med et eget lovforslag knyttet til denne problemstillingen, men støtter utformingen av lovutkastet § 5-2.

### 13.4.8 Presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare

**Utvalget anbefaler at**

- behandlende helsepersonell skal vurdere om det skal innhentes informasjon fra nærmeste pårørende, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre instanser i forbindelse med vurdering av vilkårene om beslutningskompetanse og fare i psykisk helsevernloven §§ 3-3 a og 4-4 a.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at vurderinger av beslutningskompetanse og fare bør inkludere informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser om pasientens fungering i familie, bolig og nærmiljø. Ut fra innspill til utvalget blir nærmeste pårørende og kommunehelsetjenesten i liten grad trukket inn i forbindelse med kompetanse- og farevurderinger. Som beskrevet i punkt 9.5. er det et tilbakevendende spørsmål hvilke situasjoner beslutningskompetansen blir vurdert i. Kommunehelsetjenesten erfarer at kompetansevurderinger i psykisk helsevern tar utgangspunkt i hvordan pasienten fungerer på institusjon. Vedtaksansvarlig tar dermed ikke tilstrekkelig hensyn til situasjonen i kommunen som personen eventuelt skal skrives ut til. Nærmeste pårørende, kommunehelsetjenestene og andre relevante instanser kan ha nyttig informasjon om hvordan pasienten fungerer i hverdagen, noe som bør vektlegges i vurderingen.

Kravet til at vurderinger av beslutningskompetanse og fare skal gjennomføres innen 24 timer for både tvungen observasjon (phvl. § 3-2) og tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3) kan gjøre det krevende for spesialisthelsetjenesten å innhente ytterligere informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser. Det kan også være krevende for dem å gi slik informasjon innen denne fristen. Ved å senke beviskravet til «overveiende sannsynlig», åpner utvalget for større grad av tvil knyttet til kompetansevurderingene. Dette gjelder tilsvarende for forslaget om et senket beviskravet for farevilkåret i phvl. § 3-2 nr. 3. Dersom vilkåret om manglende beslutningskompetanse eller farevilkåret vurderes oppfylt og det fattes vedtak etter phvl. §§ 3-2 eller 3-3, vil

informasjonsinnhentingen også være relevant senere i behandlingsforløpet. Dette skyldes at pasientens beslutningskompetanse, i likhet med de øvrige vilkårene for tvungent vern, skal vurderes fortløpende.

Utvalget mener dette er en presisering av eksisterende krav i forbindelse med vedtak om tvungent vern og tvungen behandling. Utvalget ser behov for at disse pliktene presiseres i lovsform for å sikre at denne informasjonen innhentes, og utvalget finner at dette vil bidra til å bedre kvaliteten på vurderingene. Etter utvalgets syn skal det ikke være nødvendig å lese psykisk helsevernforskriften for å se hva som skal stå i vedtaket gitt hvor detaljert utformet §§ 3-3 a og 4-4 a er.

## 13.5 Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial

### 13.5.1 Styrke opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikovurdering, farevurdering og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tilsynsorganer

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet styrker opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikoutredninger, vurdering av farevilkåret og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom å sikre finansiering og gi oppdrag til relevante aktører.
- helseforetakene og kommunene får opplæringsansvaret med tjenestestøtte fra relevante fagmiljøer. SIFERs samfunnsoppdrag utvides til også å omfatte tjenestestøtte for kommunale helsetjenester.
- opplæringen om hvordan å forhindre og håndtere vold og aggresjon ved alvorlig psykisk lidelse rettes mot alle arenaer der dette er aktuell problematikk. Opplæring i risikohåndtering (blant annet i MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk)) bør derfor styrkes og implementeres i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Helsedirektoratet får ansvar for å sørge for at kontrollkommisjonene får opplæring i vurdering av farevilkåret.
- Helsedirektoratet får ansvar for å oppdatere og koordinere implementering av nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse i alle deler av helsetjenesten. Oppdateringen gjelder kapitler om vurdering av farevilkåret etter psykisk helsevernloven på bakgrunn av en voldsrisikovurdering og voldsforebygging, voldsrisikovurdering og risikohåndtering i kommunehelsetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet gir helseforetakene ansvar for å gjennomgå differensiering og dimensjonering av hvilket personale som arbeider hvor og å kartlegge ressursbruk i psykisk helsevern som del av kompetansehevingen innen voldsrisiko (blant annet FACT Sikkerhet). Tilsvarende bør kommunene kartlegge hvilket helsepersonell som har og bør ha kompetanse innen voldsrisikohåndtering. Kompleksiteten i samhandling over tid rundt disse pasientene må også ivaretas i en slik gjennomgang.

### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at innføringen av en kompetansebasert modell stiller større krav til kvaliteten på voldsrisikovurderinger og vurderinger av farevilkåret etter psykisk helsevernloven. Dette gjelder særlig blant vedtaksansvarlige i spesialisthelsetjenesten. I tillegg krever en slik modell at spørsmålet om fare i større grad blir vektlagt og vurdert blant fastleger og legevaktsleger i kommunehelsetjenesten. Etter utvalgets mening har de økte kravene til kvalitet på farevurderinger vært underkommunisert i helsetjenesten. Overgangen fra en voldsrisikovurdering til en vurdering av farevilkåret kan være utfordrende i klinisk praksis. Det er også usikkerhet blant klinikere om hvor terskelen for farevilkåret ligger. God opplæring og kompetanseheving i vurderinger av fare er en forutsetning for å bedre kvaliteten av disse vurderingene.

Utvalget ser at den første vurderingen av voldsrisiko og farevilkåret i et behandlingsforløp ofte får stor betydning for påfølgende vurderinger. Dersom pasienten vurderes å oppfylle farevilkåret, erfarer utvalget at det skal argumenteres godt for at pasienten ikke utgjør en fare også på et senere tidspunkt. Det er derfor av betydning at disse førstegangsvurderingene av særlig farevilkåret gjøres grundig, også av hensyn til fremtidig oppfølging av pasienten. Dette taler for å heve kompetansen om kliniske voldsrisikovurderinger og juridiske vurderinger av farevilkåret i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har de siste årene fått et økt ansvar for å ivareta brukere som har hatt et tilbud i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Kommunehelsetjenesten opplever dette som krevende, og de har behov for økt kompetanse samt råd og veiledning for å kunne ivareta sine oppgaver på en god måte. Økt kompetanse om utarbeidelse av risikohåndteringsplan i forbindelse ved implementering av nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse i både spesialist- og kommunehelsetjenesten kan også bidra til dette. Tilstrekkelig ivaretakelse av samfunnsvernet forutsetter god samhandling mellom ulike nivå i helsetjenesten, blant annet knyttet til tilstrekkelig informasjon for å gjøre voldsrisiko- og farevurderinger av god kvalitet og gi individuelt tilpasset behandling og oppfølging.

### 13.5.2 Avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet, avklarer ansvarsfordelingen mellom helse-, kommune- og justissektoren for personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial. Departementene bør også fastslå hvilken sektor som skal ivareta hvilket ansvarsområde og hvordan uenighet i ansvarsplassering skal avklares. Det må gå tydelig fram hvem som har det overordnede ansvaret for samfunnsvernet for personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldsrisiko.

- det bevilges midler til Politihøyskolen og relevante helsefagmiljøer for et felles forskningsprosjekt på samhandling mellom helse-, kommune- og justissektoren om denne pasientgruppen for å understøtte arbeidet til departementene. Et slikt forskningsprosjekt kan blant annet sammenstille data fra både politi og helsetjenesten for å få mer klarhet i samhandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldsrisiko, og hva som gjør at slik samhandling og oppfølging bedre kan ivareta samfunnsvernet.

#### Utvalgets begrunnelse

I likhet med Statens undersøkelseskommisjon for helsetjenesten (Ukom), mener utvalget at det er behov for bevisstgjøring og tydeliggjøring av ansvar og roller til særlig helsetjenesten og politiet i ivaretakelsen av samfunnsvernet. Ukom trekker frem utfordringer i ansvarsfordelingen mellom helse-, kommune- og justissektoren knyttet til statens sikringsplikt i sin rapport om Kongsberg-saken fra januar 2023. Som Ukom påpeker, har ingen av sektorene det overordnede ansvaret for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial. Dersom en slik person er beslutningskompetent, ikke blir fulgt opp av kommunen og samtidig er vurdert å være utenfor justissektorens ansvarsområde, kan det medføre at sikringsplikten ikke blir ivaretatt. Utvalget slutter seg til Ukoms anbefaling om at relevante departementer bør avklare hva sikringsplikten for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial innebærer og hvilken ansvarsfordeling som skal gjelde mellom de relevante sektorene.

### 13.5.3 Utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet utreder reglene om taushetsplikt nærmere for å bedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og andre offentlige instanser. Utredningen bør særlig fokusere på unntaket fra taushetspliktsreglene ved fare, herunder grensene for unntaket fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 23 nr. 4. Informasjonsutveksling i forebyggende øyemed bør også inngå som del av utredningen.

- departementene utarbeider en implementeringsplan for å sikre at en omforent forståelse av reglene når ut til klinikere og relevante offentlige instanser.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at helsepersonells taushetsplikt bør stå sterkt for å sikre tilliten til helsetjenesten. Samtidig kan det være behov for helsepersonell å ha mer informasjon fra andre instanser for å ta bedre beslutninger om helsehjelp. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse forutsetter en hensiktsmessig avveining mellom pasientens selvbestemmelse og retten til helsehjelp. Helsehjelp av god kvalitet kan bidra til å forhindre fare for andres liv eller helse i de få tilfellene hvor dette er aktuelt. Utvalget viser til gjennomgangen av unntak fra taushetsplikten av hensyn til samfunnsvernet i punkt 11.8.2.

De sammensatte reglene om helsepersonells taushetsplikt er et stadig tilbakevendende tema i utfordringsbildet knyttet til vurderinger av fare. Utvalget mener at det nåværende lovverket ivaretar viktige hensyn, men at de likevel ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til behovet for informasjonsutveksling mellom relevante instanser, som det psykiske helsevernet og politiet. Etter utvalgets mening kan både lovgrunnlaget og lovforståelsen av taushetsplikten hindre utveksling av nødvendig informasjon mellom pasient, pårørende, spesialist- og kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser. Det kan føre til at personer med alvorlig psykisk lidelse og voldspotensial ikke får nødvendig helsehjelp. Utvalget mener at reglene om taushetsplikt må gjennomgås og klargjøres, eventuelt endres for å sikre samhandling og utveksling av nødvendig informasjon, også unntaksvis når pasienten selv ikke samtykker. Det er utvalgets vurdering at bedre informasjonsutveksling mellom relevante instanser for å sikre samhandling er nødvendig for at en kompetansebasert modell skal være bærekraftig. Samtidig er det avgjørende at helsepersonells taushetsplikt fortsatt holdes høyt, og at departementenes utredning munner ut i forslag som balanserer ulike hensyn på en hensiktsmessig måte.

Ut fra innspill til utvalget, har politiet i økende grad blitt involvert i saker knyttet til personer med alvorlig psykisk lidelse de siste årene. Politiet kan i noen tilfeller bli involvert hvor spørsmålet om voldsrisiko er særlig aktuelt. Samtidig erfarer utvalget at samarbeid og informasjonsutveksling mellom politiet og helsetjenesten kan oppleves som krevende. Offentlig myndighets adgang til å fremme begjæring om tvungen legeundersøkelse eller tvungent vern er for lite kjent både i politiet og blant helsepersonell, og benyttes i begrenset grad. Som del av departementenes utredningsarbeid, anbefaler utvalget å se nærmere på tiltak for å øke bevisstheten blant offentlig myndighet om deres adgang til å fremme begjæring om

tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-6 første ledd andre punktum, jf. psykisk helsevernforskriften § 7. I tillegg anbefaler utvalget at det blir vurdert tiltak for å øke bevisstheten blant helsepersonell om at offentlig myndighet har en slik adgang.

### 13.5.4 Presisere plikten til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd og eventuelt vurdere farevilkåret

**Utvalget anbefaler**

- å presisere at behandlende helsepersonell skal vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd hos pasienter med alvorlig sinnslidelse. Dersom det foreligger en slik historikk eller atferd, skal det gjøres en vurdering av farevilkåret. Utvalget anbefaler at dette tas inn i psykisk helsevernloven §§ 3-3 a og 4-4 a.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at en kompetansebasert modell forutsetter farevurderinger av god kvalitet. Etter utvalgets syn har farevilkåret i en del tilfeller vært unngått blant vedtaksansvarlige i psykisk helsevern for ikke å stigmatisere pasienter. Utvalget mener at en farevurdering allerede inngår som en naturlig del av en klinisk vurdering av pasienter, men utvalget mener det er behov for å øke bevisstheten blant klinikere om dette. Dersom pasienter har en historikk med vold, trusler eller truende atferd eller fremviser dette, må vedtaksansvarlig vurdere om vilkårene for farevilkåret er oppfylt som del av vurderingen av tvungent vern (phvl. §§ 3-2 eller 3-3) eller tvungen behandling (phvl. § 4-4). Dette tiltaket er en presisering av eksisterende krav i forbindelse med vedtak om tvungent vern og tvungen behandling. Utvalget ser likevel behov for at disse kravene presiseres i psykisk helsevernloven §§ 3-3 a og 4-4 a.

Voldsrisiko- og farevurderinger bør som hovedregel også inkludere informasjon fra pårørende, kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser om pasientens fungering, tidligere voldshistorikk og aktuelle risikofaktorer. Dette tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak om å åpne opp for at samarbeidende personell i helsetjenesten kan dele taushetsbelagt informasjon til tross for pasientens motstand når farevilkåret er oppfylt (se forslag i punkt 13.5.3) Disse tiltakene kan sammen bidra til bedre samhandling mellom ulike nivå i helsetjenesten, blant annet ved at voldsrisikoutredninger og risikohåndteringsplaner deles med kommunehelsetjenesten når pasienten meldes utskrivningsklar med behov for kommunale tjenestetilbud. Kvaliteten på voldsrisiko- og farevurderinger kan heves og samfunnsvernet bedre ivaretas ved tydeligere føringer for informasjonsutveksling med andre relevante instanser, som politiet.

### 13.5.5 Åpne for å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved vurdert fare

**Utvalget anbefaler at**

- taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell i helsetjenesten (hpl. § 25) og helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten (hpl. § 45), når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, selv om pasienten motsetter seg dette.

- unntaket kun skal omfatte opplysninger som er nødvendige for at samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp skal kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienten, og må ses i sammenheng med blant annet forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4, pasientens rett til vern om egne helseopplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 og prinsippene bak taushetsplikten.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget viser til punkt 11.8.2 for en nærmere gjennomgang av unntak fra taushetsplikten. Formålet med utvalgets foreslåtte unntak er å gi pasienten forsvarlig helsehjelp og å ivareta samfunnsvernet og helsepersonells sikkerhet. Utvalget mener at det er av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling i tilfeller hvor personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. I likhet med forarbeidene til helsepersonelloven mener utvalget at det kan tenkes at pasienter motsetter seg utlevering av journalopplysninger i forbindelse med tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet. Utvalget mener at taushetsbelagte opplysninger bør kunne gis til samarbeidende personell og helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved pasientens uttrykkelige motstand når farevilkåret er oppfylt. Etter utvalgets syn bør adgangen til å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell ved pasientens motstand fremgå direkte av loven. Med «nærliggende og alvorlig fare» legger utvalget samme forståelse til grunn som for farevilkåret etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b. Utvalget foreslår ikke endringer i «samarbeidende personell» i helsepersonelloven § 25 første ledd, og legger samme forståelse av begrepet til grunn som forarbeidene til helsepersonelloven (Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 229). I likhet med forarbeidene, understreker utvalget at pasienten så langt som mulig skal gjøres kjent med at disse opplysningene blir utlevert til tross for motstand.

### 13.5.6 Utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet utreder hvordan botilbud og behandlingstilbud som del av omsorgen for personer med alvorlig sinnslidelse og voldspotensial kan bedres på ulike nivå i helsetjenesten. Etter utvalgets mening må slike bo- og behandlingstilbud utredes organisatorisk, juridisk og klinisk.
- både «halvannenlinjetjenester» og «sikkerhetshjem» inngår som del av denne utredningen.
- det i tillegg til strukturert utredning av problematikken også må arbeides med implementering av gode kulturer og bevissthet både blant ledere og klinikere på alle nivå. Ressurssetting og dimensjonering mellom ulike tjenester må også revideres.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at det må bygges ut varierte omsorgstjenester hvor personer med alvorlig sinnslidelse med forhøyet voldspotensial kan få nødvending behandling og omsorg. Etter utvalgets syn forutsetter dette betryggende samarbeidsformer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, utvikling av nye finansieringsformer og ny rettslig regulering av omsorg for denne pasientgruppen som ikke er innlagt på sykehus, men bor i ulike typer boliger. Formålet med dette forslaget til tiltak er både å gi disse pasientene og deres pårørende et bedre og mer verdig liv og for å bedre ivareta samfunnsvernet.

En slik utredning vil kunne bidra til å finne løsninger på en økende utfordring med å håndtere personer med alvorlig sinnslidelse og forhøyet voldspotensial. Etter utvalgets syn vil antallet pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern og pasienter som oppfyller farevilkåret i sivilt psykisk helsevern øke de kommende årene. Slik utvalget ser det, er det ikke tilstrekkelig med lovendringer for å ivareta samfunnsvernet i psykisk helsevern. Tiltaket vil kunne avlaste sikkerhetspsykiatriske avdelinger ved at denne pasientgruppen får et bedre tilpasset behandlings- og botilbud. Utredningen må se nærmere på hvordan slike bo- og behandlingstilbud kan bidra til å bedre kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten og samtidig ivareta samfunnsvernet på en tilfredsstillende måte.

## 13.6 Samhandling og frivillige behandlingsalternativer

### 13.6.1 Styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse

**Utvalget anbefaler at**

- Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer behandlingstilbud rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse i fremtidige bevilgninger og at prioritering av denne gruppen fremgår tydelig av styringssignaler i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter både hva gjelder ressursfordeling og krav til kompetanse.
- spesialisthelsetjenestene sikres tilstrekkelig kapasitet til individuelt å kunne tilpasse behandlingsforløp sammen med pasienten og ivareta samarbeid med pårørende og kommunale tjenester, både gjennom polikliniske og oppsøkende tjenester og fra døgnavdelingene.
- det bygges ut frivillige behandlingstilbud rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse, inkludert brukerstyrte døgnplasser tilknyttet DPS-en.
- døgntilbud rettet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse styrkes, inkludert døgnplasser på akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget er bekymret for at alvorlig psykisk syke mennesker ikke får den helsehjelpen de behøver. Bekymringen er begrunnet i de beskrivelser som er gitt i innspill til utvalget, i resultater fra de analyser utvalget har initiert og i annen kunnskap utvalget har tilegnet seg og som det er redegjort for i de innledende kapitlene. Utvalget mener at oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse har blitt mer fragmentert de senere årene. Det synes å være vanskelig å få hjelp og vanskelig å få etablert gode behandlingsforløp på tvers av forvaltningsnivåene der pasientens behov for hjelp til å mestre eget liv blir ivaretatt. Utvalget mener at livskvaliteten til disse pasientene og deres pårørende kunne vært bedre dersom oppfølgingen var bedre koordinert og faglig forankret. Uten et fokus på å mestre hverdagen på det funksjonsnivået som er mulig for pasienten, skrives mange ut til en hverdag der rus blir det mest tilgjengelige verktøyet for å mestre hverdagen. Ensomhet og utenforskap i samfunnet, med mangel på stabiliserende relasjoner og en meningsfull hverdag, kan føre til at noen pasienter har fått en så vanskelig hverdag at de fort blir syke igjen. Noen få kan også utgjøre en risiko for samfunnsvernet.

Utvalget mener at manglende kapasitet i både døgninstitusjonene i psykisk helsevern og i oppsøkende polikliniske tilbud er den sentrale årsaken til utviklingen i det psykiske helsevernet det siste årene. Kapasitetsøkning i tilbud spesifikt rettet mot denne pasientgruppen er etter utvalgets mening det mest hensiktsmessige tiltaket for å øke frivillig behandling og redusere tvang i det psykiske helsevern.

Etter utvalgets mening kommer man ikke utenom at noen i denne pasientgruppen vil trenge tvungent vern og tvungen behandling, men slik utvalget ser det, må målet være at personen

må tilbys tilpasset frivillig oppfølging både for å forebygge et slikt behov og etter hvert når tilstanden bedres etter oppfølging på tvungent vern.

### 13.6.2 Styrke og øke kapasiteten av oppsøkende samhandlingstjenester som ACT- og FACT-team

**Utvalget anbefaler**

- fortsatt utbygging av lokalbaserte og oppsøkende tjenester som FACT-team i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, der det er rom for psykososial behandling, miljøterapi og arbeidsrettet rehabilitering.
- etablering av ACT-team og FACT-sikkerhet i områder med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag. I områder uten tilstrekkelig befolkningsmessig grunnlag må dette kompenseres ved tilstrekkelig kompetanse i FACT-teamene.
- å etablere forutsigbare finansieringsløsninger som understøtter samhandling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, for eksempel i tjenester som FACT. Samhandlingsbudsjetter foreslått av Sykehusutvalget i NOU 2023: 8 bør vurderes som en mulig tilnærming.
- å ta i bruk eksisterende rammeverk for samhandling slik at kommune- og spesialisthelsetjenesten som likeverdige parter inviteres inn på hverandres arena.
- å utrede hvordan journalsystemer i henholdsvis helseforetak og kommunehelsetjenesten bedre kan understøtte tverrgående tjenester og ivareta nødvendig informasjonsutveksling.
- at FACT-teamene er tilgjengelige også på kveld og i helger og at de implementeres som en del av akuttjenestene.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget støtter den dreining i tjenestetilbudet som innebærer at flere nå får tilpasset og bred oppfølging i egen hjemkommune takket være en betydelig oppbygging av kommunal psykisk helsetjeneste samt oppsøkende/ambulante spesialisttjenester siste tiårsperiode. Det er samtidig viktig å anerkjenne at både nedbygging av døgnkapasiteten i psykisk helsevern, overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten og de aktuelle endringer i lovgrunnlaget betyr at alvorlig psykisk syke, med vekslende beslutningskompetanse, i større grad vil oppholde seg i eget hjem. Også i perioder med høyt symptomtrykk og med behov for tett oppfølging fra helsetjenesten.

Utvalget vurderer derfor at den betydelige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern krever en enda større satsing på alternative lokalbaserte tilbud og mener at det fortsatt er behov for å styrke oppsøkende behandlingstilbud til de sykeste pasientene. Utvalgets vurdering er at kommune- og spesialisthelsetjenesten bør ha felles ansvar for å yte helhetlige tjenester til denne sårbare gruppen og at det bør etableres oppsøkende team på tvers av forvaltningsnivåene. Med en slik tilnærming mener utvalget at det i mange tilfeller vil være

mulig å få til god pasientbehandling innenfor rammene av en kompetansebasert modell og uten bruk av tvang. Oppsøkende virksomhet som ACT-team og FACT-team (herunder FACT-sikkerhet) har alvorlig psykisk syke som sin målgruppe og etterstreber individuelt tilpassede tilbud. Utvalget mener at dette er modeller som egner seg godt for samhandling rundt den aktuelle pasientgruppen. Resultatene fra en evaluering av FACT-team i Norge viser god brukertilfredshet for pasienter som er inkludert i slike ordninger og også gode erfaringer fra pårørende. Den viser dessuten at selv om det totale antallet innleggelser ikke ble redusert med inklusjon i FACT, opplevde pasientene reduksjon både i varighet av døgnbehandling og i innleggelser under tvungent vern etter at de kom inn i ordningen. Utvalget mener at en fortsatt utbygging av denne typen helhetlige tilbud, som pasientene ønsker seg, er en god tilnærming for å nå frem med helsehjelp til pasienter med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser.

Se også omtale i kapittel 8.4.2 og 9.7.

### 13.6.3 Styrke opplæring av helsepersonell samt etablere arenaer for felles kompetansebygging og systematisk refleksjon rundt klinisk praksis på tvers av forvaltningsnivåene

**Utvalget anbefaler at**

- kompetansekrav og opplæring gjennom helsefagutdanninger styrkes på følgende områder:
  - vurdering av beslutningskompetanse
  - klinisk etikk
  - helselovgivningen
- helseforetakene, i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde, etablerer arenaer for systematisk refleksjon rundt samhandling og klinisk praksis i lokal kontekst.
- helseforetakene, i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde, identifiserer kompetansebehov på tvers av forvaltningsnivåene og utarbeider felles kompetanse- og opplæringsplaner.
- det bør vurderes om helsefellesskapene, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), kan være en aktuell samhandlingsarena for slike formål.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget mener at kompetanseheving på flere områder er en nødvendig forutsetning for at vilkåret om manglende beslutningskompetanse skal fungere i praksis. Utvalgets arbeid har avdekket et udekket kompetansebehov både når det gjelder vurdering av beslutningskompetanse, i taushetspliktens bestemmelser og når det gjelder pasienters og pårørendes rettigheter ved tvungent vern og for pasienter som mangler beslutningskompetanse. Utvalget mener derfor at dette er områder der det er behov for å styrke opplæringen og forståelsen, både gjennom de ulike helsefagutdanningene og gjennom målrettede opplæringstiltak i helsetjenesten.

Samtykkevilkåret tilførte et nytt element av skjønn i vurderinger som gjelder etablering og opphør av tvungent vern og behandling. Utvalgets vurdering er at kompetansevurderinger i utgangspunktet ikke er mer skjønnsmessige enn de øvrige tvangsvilkårene i psykisk helsevernloven, men at manglende faglig eierskap til hvordan beslutningskompetanse skal forstås og praktiseres blant klinikere, kan ha bidratt til feilvurderinger og uønskede praksisforskjeller. Utvalgets vurdering er at skjønnsutøvelse er en sentral del av arbeidet i en rekke profesjoner. Klinisk skjønn er sentral kompetanse i helsetjenesten, og kanskje spesielt for helsepersonell som skal ivareta personer som mangler eller har en vekslende beslutningskompetanse. Dette er derfor kompetanse som bør ha oppmerksomhet i alle helsefagutdanninger, men som også må videreutvikles gjennom kontinuerlig etisk refleksjon over egen praksis. Utvalget mener derfor at det må være et lederansvar å legge til rette for dette.

Utvalgets gjennomgang har vist at det samhandles for lite, og at det er store praksisforkjeller i bruk av tvang både før og etter lovendringene i 2017. Utvalget mener at helsetjenesten må jobbe sammen og rette tiltak og kompetanseheving mot hele bredden av tjenester for å minimere behovet for bruk av tvang, og for å sikre god behandling med kontinuitet i behandlingsforløpene for pasienter som i perioder mangler beslutningskompetanse. Kompetansehevende tiltak og etisk refleksjon om egen praksis på tvers kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til mer enhetlig praksis og riktigere bruk av tvang.

### 13.6.4 Utrede om og eventuelt hvordan kjernejournal kan benyttes for å tilgjengeliggjøre informasjon om pasientens kriseplan og andre relevante planer

**Utvalget anbefaler at:**

- Helse- og omsorgsdepartementet utreder muligheten for å utvide innholdet i kjernejournal slik at helsepersonell på tvers av helsetjenesten lettere kan få tilgang til informasjon som er viktig i beslutninger om etablering av tvungent vern, herunder kriseplaner, andre relevante planer og pasientens erfaringer og behandlingsønsker.

#### Utvalgets begrunnelse

Kjernejournal er en digital løsning for deling av pasientens helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus, i kommunehelsetjenesten eller i legevakt. Både helsepersonell og pasienten selv kan gjøre registreringer i kjernejournal.

Utvalget erfarer at mangelfull tilgang til informasjon noen ganger kan være til hinder for gode beslutninger om behandling i en krisesituasjon med akutt behov for psykisk helsehjelp. Spesielt vil en legevaktslege ha begrensede rammer for kunnskapsinnhenting i sin vurdering av henvisning eller ikke henvisning til innleggelse under tvungent vern. Også faglig ansvarlig i psykisk helsevern skal innen 24 timer både innhente relevant informasjon fra pårørende og kommunehelsetjenesten samt gjøre omfattende vurderinger av pasientens tilstand og behov. Dersom informasjon om gjeldende behandlings- eller tjenestetilbud, kriseplaner, behandlingsønsker ved forverring eller tidligere erfaringer var tilgjengelig som en del av pasientens kriseplan, vil dette kunne være et bidrag til bedre beslutninger både ved henvisning

og etablering av tvungent vern. Gevinsten vil være bedre beslutningsgrunnlag for å yte god helsehjelp.

### 13.6.5 Avklare og etablere rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

**Utvalget anbefaler 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.

- en nasjonal retningslinje eller prosedyre som er spesielt tilpasset personer som følges opp på TUD bør vurderes som en mulig ramme for samhandling rundt og tjenesteinnhold for disse pasientene. Denne bør implementeres i de nasjonale pasientforløpene.

- det presiseres i phvl. § 3-5 tredje ledd at vurderingen av overgangen fra døgnbehandling til TUD skal gjøres i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester og at vurderingen tar tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende, og ikke bare til pårørende pasienten bor sammen med.

#### Utvalgets begrunnelse

Utvalget erfarer at oppfølging av pasienter som er underlagt TUD er et område som er gjenstand for forhandling om oppgaver og ansvar, og er bekymret for at hensynet til pasienten kan komme i skyggen av slike forhold. Utvalget mener at god oppfølging av personer underlagt TUD fordrer et likeverdig samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Etter utvalgets syn, bør juridiske rammer, ansvar og roller for både spesialist- og kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av pasienter på TUD avklares og kommuniseres. Utvalget mener at det bør presiseres i lovs form at den faglige ansvarliges vurdering om TUD skal gjøres i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. phvl. § 3-5 tredje ledd. Dette samsvarer med kommunens plikt til samarbeid og samordning etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-4 og kommunens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten etter hol. § 5-11.

Overgangen fra døgninstitusjon til poliklinisk oppfølging er ofte sårbar for personer med alvorlig psykisk lidelse. Nasjonalt pasientforløp for voksne med psykiske lidelser omtaler samhandling under behandling og oppfølging både i og før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. For personer med alvorlig psykisk lidelse og sammensatte tjenestebehov som ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet anbefales det oppfølging av aktivt oppsøkende behandlingsteam (for eksempel ACT- eller FACT-team). Ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten anbefales en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen med evalueringspunkter som gjennomgås i et avsluttende samarbeidsmøte.

Utvalget støtter disse anbefalingene og mener at dette vil være forhold som er særlig relevant å ivareta ved utskriving til TUD. Utvalget mener dette kan sikres gjennom å inkludere en nasjonal prosedyre som gjelder personer som følges opp på TUD, og som kan knyttes til eksisterende nasjonale pasientforløp for voksne med psykiske lidelser. Oppnevning av koordinator og utarbeiding av individuell plan eller tilsvarende forpliktende samhandlings- og oppfølgingsplan bør forankres i en slik prosedyre.

### 13.6.6 Prioritere videreutvikling og tilgjengeliggjøring av klinisk relevante registerdata og statistikk om bruk av tvang til styring og forskningsformål

**Utvalget anbefaler at**

- Norsk pasientregister, sammen med de regionale helseforetakene, gis i oppdrag å utrede og iverksette nødvendige tiltak for å bedre kvaliteten på og tilgjengeligheten til eksisterende registerdata på tvangsområdet.
- Norsk pasientregister, sammen med relevante fagmiljø, utarbeider en løsning for publisering og tilbake-rapportering av relevante styringsdata og indikatorer til støtte for lokalt utviklingsarbeid.

#### Utvalgets begrunnelse

Bruk av tvang er en alvorlig inngripen i pasientenes liv, og relevant statistikk og gode registerdata er viktige verktøy for å kunne følge utviklingen i tvangsbruk, avdekke uønsket praksis og fremskaffe ny kunnskap om pasientforløp og pasientbehandling. Kvalitet og tilgjengelighet er viktig for at registerdata skal kunne brukes for å fremskaffe ny kunnskap om tjenesten.

Utvalget har erfart at tilgjengelige registerdata om bruk av tvang i psykisk helsevern til dels er mangelfulle. Utvalgets forståelse er at manglene både skyldes huller og feil i helseforetakenes rapportering til Norsk pasientregister (NPR), større omlegginger i dokumentasjons- og rapporteringsplikten i forbindelse med implementering av standard for vedtak i psykisk helsevern i elektronisk pasientjournal (EPJ-standard), utfordringer knyttet til funksjonalitet i de pasientadministrative systemene og kapasitetsutfordringer i leveranse av registerdata til forskningsformål. Utvalgets vurdering er at det er behov for en helhetlig vurdering av disse forholdene slik at målrettede tiltak kan utformes.

# 14 Økonomiske og administrative konsekvenser

## 14.1 Innledning

De anbefalinger og forslag til tiltak som presenteres i kapittel 13 vil gi ulike økonomiske og administrative konsekvenser. Flere av anbefalingene vil medføre økte kostnader og kreve administrativt arbeid fra ulike aktører. De fleste juridiske anbefalingene vil kreve opplæring av helsepersonell og skape behov for informasjon rettet mot pasienter og pårørende som en del av implementeringen av lovforslagene. Noen av anbefalingene gjelder videre utredninger, hvor kostnader og konsekvenser vil avhenge av innretningen og videre anbefalinger. På grunn av høy kompleksitet, mange avhengigheter og sammensatte konsekvenser, har det ikke vært mulig å gjøre fullstendige økonomiske og administrative utredninger av anbefalingene. Utvalget har derfor begrenset sin gjennomgang til mer generelle kommentarer. Utvalgets har samlet sine vurderinger i tabell 14.1. I tabellen går utvalget gjennom hvert av tiltakene som er foreslått i kapittel 13. Utvalget viser ellers til drøftinger og vurderinger i øvrige deler av rapporten.

Som en generell merknad til spørsmålet om økonomiske konsekvenser, vil utvalget påpeke at pasientforløp preget av avbrudd, gjentatte akuttinnleggelser og dårlig kontinuitet representerer en uhensiktsmessig ressursbruk der kostnaden er svært høy både på individ- og samfunnsnivå, mens nytten er begrenset. Utvalget mener derfor at kostnader som gjelder tiltak som handler om å styrke tjenesten eller om å forbedre behandlingstilbudet til svært syke pasienter må vurderes oppimot mulige besparelser på kort og lang sikt og verdien av tiltaket for den enkelte pasient og for pårørende, helsetjenesten og samfunnet ellers.

## 14.2 Samlet oversikt over utvalgets vurdering av konsekvenser

Konsekvenser av tiltakene er vurdert for alle forvaltningsnivå/nivå i helseforvaltningen.

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| **Brukermedvirkning og beslutningsstøtte** | | | |
| 13.2.1 | Videreføre manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernloven og øvrig relevant helselovgivning<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.2.2 | Endre formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven for å sikre behandling av god kvalitet og fremme tillit og riktig bruk av tvang | Ressurser til lovarbeid | Endringer i psykisk helsevernloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| 13.2.3 | Utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes | Ressurser til utredningsarbeid<br><br>Kostnader vil avhenge av innretning | Involverer Helsedirektoratet |
| 13.2.4 | Styrke kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom aktivt samarbeid med brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus | Økte bevilgninger til brukerorganisasjoner | Nye oppgaver til brukerorganisasjoner med rapporteringsplikt på aktivitet<br><br>Tettere samarbeid mellom brukerorganisasjoner og helsetjenesten |
| 13.2.5 | Implementere nasjonale faglige råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern og øke forskning på frivillige behandlingsalternativer | Kostnader i Helsedirektoratet knyttet til<br>- Koordinering av nasjonal prosess<br>- Bearbeidelse og tilgjengeliggjøring av registerdata<br>- Kunnskaps-innhenting<br><br>Kostander i spesialist- og kommunehelsetjenesten knyttet til lokal implementering<br><br>Kostnader til implementeringsstøtte fra relevante fagmiljøer | Prioritering av nødvendige ressurser til lokal tjenesteutvikling i både kommune- og spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivåene |
| 13.2.6 | Oppheve sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten (inkludert somatiske tjenester i kommune-helsetjenesten) |
| 13.2.7 | Utrede hvordan bedre ivareta interessene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse, og som ikke har nærmeste pårørende | Ressurser til utredningsarbeid<br><br>Kostnader vil avhenge av innretning. | Involverer Helsedirektoratet og bruker- og pårørende-organisasjoner |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| Pårørendeinvolvering | | | |
| 13.3.1 | Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten | Ressurser til lovarbeid<br><br>Ressurser til ansettelse av pårørendeansvarlig i spesialisthelsetjenesten | Endringer i spesialisthelsetjenesteloven<br><br>Revidering av nasjonal pårørendeveileder<br><br>Definere rolle og ansvar for pårørendeansvarlig i spesialisthelsetjenesten |
| 13.3.2 | Implementere forskningsbasert kunnskap om pårørendeinvolvering i psykiske helsetjenester rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse | Ressurser til implementeringsarbeid i spesialist- og kommunehelsetjenesten | Utvikling og implementering av nye prosedyrer<br><br>Involverer Helsedirektoratet og pasient- og brukerorganisasjoner |
| 13.3.3 | Styrke kompetanse hos helsepersonell og sikre rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til nasjonal pårørendeveileder | Ressurser til opplæringstiltak i spesialist- og kommunehelsetjenesten | Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.3.4 | Styrke pårørendeorganisasjonene slik at de kan bidra med råd, veiledning og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse | Økte bevilgninger til pårørendeorganisasjoner | Nye oppgaver til pårørende-organisasjoner med rapporteringsplikt på aktivitet<br><br>Tettere samarbeid mellom pårørende-organisasjoner og helsetjenesten |
| 13.3.5 | Presisere nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler beslutningskompetanse og når pasienten har omsorgsansvar for barn eller det foreligger fare for andres liv eller helse | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.3.6 | Tydeliggjøre forståelsen av reglene om taushetsplikt for nærmeste pårørende | Ressurser til informasjonsarbeid | Involverer Helsedirektoratet |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| | når pasienter mangler beslutningskompetanse eller er til fare for andre | | |
| Kompetansevurderinger av god kvalitet | | | |
| 13.4.1 | Utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse | Ressurser til utarbeidelse med bidrag fra relevante fagmiljø<br><br>Ressurser til implementering og opplæring | Involverer Helsedirektoratet, kliniske fagmiljøer og bruker- og pårørende-organisasjoner |
| 13.4.2 | Utvikle og implementere et validert verktøy for kompetansevurderinger i psykisk helsevern | Ressurser til utvikling og implementering, herunder til nødvendig forskning | Involverer Helsedirektoratet, helseforetakene, bruker- og pårørende-organisasjoner, tilsynsorganene og kliniske fagmiljø<br><br>Verktøy må tilgjengeliggjøres for helsepersonell i eksisterende digitale arbeidsflater<br><br>Tilpassing av vedtaksmaler i journalsystemer |
| 13.4.3 | Utarbeide og implementere et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten og presisere kvalitetskrav for vurderingene | Ressurser til utvikling og implementering, herunder nødvendig forskning | Involverer Helsedirektoratet, kommune-helsetjenesten, bruker- og pårørende-organisasjoner og kliniske fagmiljø<br><br>Verktøy må tilgjengeliggjøres for helsepersonell i eksisterende digitale arbeidsflater<br><br>Tilpassing av henvisningsmaler i journalsystemer |
| 13.4.4 | Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| | sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd | | Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.4.5 | Presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.4.6 | Endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3 | Ressurser til lovarbeid | Endringer i psykisk helsevernloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i psykisk helsevern |
| 13.4.7 | Åpne for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern | Ressurser til lovarbeid<br><br>Ressurser til utvidet ansvar for kontrollkommisjonene | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten<br><br>Ny oppgave for kontrollkommisjonene |
| 13.4.8 | Presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare | Ressurser til lovarbeid | Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten<br><br>Kommune-helsetjenesten må tilrettelegge systemer og rutiner for å kunne svare raskt når spesialisthelsetjenesten etterspør informasjon i forbindelse med vurdering av beslutningskompetanse og/eller fare |
| Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial | | | |
| 13.5.1 | Styrke opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikovurdering, | Ressurser til opplæring i kommune- og spesialisthelsetjenesten i regi av ulike aktører | Helseforetakene og kommunene får opplæringsansvaret |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| | farevurdering og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tilsynsorganer | Ressurser for oppdatering av nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning | med tjenestestøtte fra relevante fagmiljøer<br><br>Ny oppgave for SIFER<br><br>Målrettet opplæring og justering av personellfordeling for å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av tjenesten |
| 13.5.2 | Avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial | Ressurser til utredningsarbeid<br><br>Kostnader vil avhenge av innretning | Involverer Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskaps-departementet og Kommunal- og distriktsdepartementet |
| 13.5.3 | Utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser | Ressurser til utredningsarbeid<br><br>Kostnader vil avhenge av innretning | Involverer Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskaps-departementet |
| 13.5.4 | Presisere plikten til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd og eventuelt vurdere farevilkåret | Ressurser til lovarbeid | Endringer i psykisk helsevernloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.5.5 | Åpne for å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved vurdert fare | Ressurser til lovarbeid | Endringer i helsepersonelloven<br><br>Tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten |
| 13.5.6 | Utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres | Ressurser til utredningsarbeid<br><br>Kostnader vil avhenge av innretning | Utredningsarbeidet må involvere både helseforetakene, kommunehelsetjenesten og justissektoren |
| Samhandling og frivillige behandlingsalternativer | | | |
| 13.6.1 | Styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til | Ressurser til kapasitetsøkning i psykisk helsevern, | Krav til prioritering av tjenestetilbud for alvorlig psykisk syke i |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| | personer med alvorlig psykisk lidelse | herunder til døgnbehandling av ulik type | helseforetakenes oppdragsdokumenter<br><br>Behov for utdanning og rekruttering av helsepersonell med relevant kompetanse |
| 13.6.2 | Styrke og øke kapasiteten av oppsøkende samhandlingstjenester som ACT- og FACT-team | Ressurser i helseforetakene og kommunene for å etablere og drifte oppsøkende tjenester | Avklare ledelsesansvar og finansieringsansvar for ACT/FACT-team på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten<br><br>Journalsystemer må kunne ivareta behov for informasjonsutveksling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten |
| 13.6.3 | Styrke opplæring av helsepersonell samt etablere arenaer for felles kompetansebygging og systematisk refleksjon rundt klinisk praksis på tvers av forvaltningsnivåene | Ressurser til felles opplæring og kompetanseoppbygging i kommune- og spesialisthelsetjenesten | Mobilisering av helsefellesskapene for å tilrettelegge arenaer for felles opplæring og kompetanseoppbygging |
| 13.6.4 | Utrede om og eventuelt hvordan kjernejournal kan benyttes for å tilgjengeliggjøre informasjon om pasientens kriseplan og andre relevante planer | Ressurser til utredningsarbeid<br>Kostnader vil avhenge av innretning | Systematisere arbeidet i spesialist- og kommunehelsetjenesten med å utarbeide kriseplan eller tilsvarende for pasienter/bruker med alvorlig sinnslidelse<br><br>Tilrettelegge for overføring av kriseplan fra kommunale journalsystemer til kjernejournal |
| 13.6.5 | Avklare og etablere rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) | Ressurser til lovgjennomgang og utredningsarbeid | Utarbeide og implementere prosedyre for samhandling knyttet til pasienter på TUD i kommune- og spesialisthelsetjenesten |

| | Utvalgets forslag til tiltak | Økonomiske konsekvenser | Administrative konsekvenser |
|---|---|---|---|
| | | | Involverer Helsedirektoratet |
| 13.6.6 | Prioritere videreutvikling og tilgjengeliggjøring av klinisk relevante registerdata og statistikk om bruk av tvang til styring og forskningsformål | Kostnader til utvikling, drift og vedlikehold av eksisterende registre<br><br>Kostnader til utbedring av strukturerte journaldata | Mulig behov for juridiske avklaringer om datainnsamling, sammenstilling og deling<br><br>Involverer Helsedirektoratet og helseforetakene |

# Litteratur og kilder

## Litteratur


Adams Thorbjørnsen, G. S., Tingvoll, M. S., Scherffenberg, E. S., & Bystad, M. (2020). Sammenhengen mellom samtykkekompetanse og eksekutiv funksjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 17*(2-3), 105-117. https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-04

Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open, 5*(3), e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19

Amador, X. F., & David, A. S. (2004). *Insight and psychosis : awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2 utg.). Oxford: Oxford University Press.

Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *J Am Acad Psychiatry Law, 25*(2), 135-147.

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav, 19*(2), 105-126. https://doi.org/10.1007/bf01499321

Bahus, V. B. (2022). Adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv. I: H. S. Aasen & M. K. Bahus (red.), *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten* (s. 122-152). Oslo: Universitetsforlaget.

Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., & Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 5*(12), 1013-1022. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30382-1

Barrett, E. A., Simonsen, C., Aminoff, S. R., Hegelstad, W. T. V., Lagerberg, T. V., Melle, I., . . . Romm, K. L. (2022). The COVID-19 pandemic impact on wellbeing and mental health in people with psychotic and bipolar disorders. *Brain Behav, 12*(5), e2559. https://doi.org/10.1002/brb3.2559

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8 utg.). Oxford: Oxford University Press.

Berens, N. C., & Kim, S. Y. H. (2022). Should Assessments of Decision-Making Capacity Be Risk-Sensitive? A Systematic Review. *Front Psychol, 13*, 897144. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897144

Bjorå, I. K. H., Jorem, J., & Tveito, M. (2019). Tvangsbehandling av somatisk sykdom ved psykisk lidelse. *Tidsskr Nor Legeforen, 139*(12), 174-176.

Bjørgen, D., Alexandersen, A., Kildal, C., Kvisle, I. M., & Benschop, A. R. (2018). *Frisk uten medikamenter? – En sammenstilling og vurdering av de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern* (1/2018). Trondheim: Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT). Hentet fra https://www.kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2018/11/Frisk_uten_medikamenter_en_sammenstilling_og_vurdering_av_de_medikamentfrie_behandlingstilbudene_i_psykisk_helsevern_KBT.pdf

Bramness, J. G., Syse, A., & Rognli, E. B. (2023). Rusutløst psykose – en problematisk diagnose. *Tidsskr Nor Legeforen, 143*(3). https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0762

Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern: Utvikling i perioden 2013 - 2017*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-

psykisk-helsevern--utvikling-i-perioden-20132017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf/_/attachment/inline/4a97f77b-4be9-4b69-ba02-27761cf1baed:5cf5e3f022b9b2ca6548092b70f4ff062579b2c8/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf

Bremnes, R., Lilleeng, S., Sitter, M., & Pedersen, P. B. (2017). *Produktivitet, aktivitet og ressursinnsats i psykisk helsevern og TSB*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/produktivitet-aktivitet-og-ressursinnsats-i-psykisk-helsevernet-og-tsb/Produktivitet,%20aktivitet%20og%20ressursinnsats%20i%20psykisk%20helsevernet%20og%20TSB.pdf/_/attachment/inline/fe392869-f9e7-4435-b1cd-75f0f7022264:637c38c9c1c143e7a9cd43e0d81f55fd33899aba/Produktivitet,%20aktivitet%20og%20ressursinnsats%20i%20psykisk%20helsevernet%20og%20TSB.pdf

Bremnes, R., & Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern: Status etter lovendringene i 2017*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_/attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf

Bringedal, B., & Carlsen, B. (2018). Styring for kvalitet og likebehandling: Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning. I: H. Sinding Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 166-187). Oslo: Cappelen Damm.

Buchanan, A., Sint, K., Swanson, J., & Rosenheck, R. (2019). Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. *Am J Psychiatry, 176*(9), 694-701. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080909

Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., . . . Hotopf, M. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry, 187*, 379-385. https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.379

Carballedo, A., & Doyle, M. (2011). Criteria for compulsory admission in some European countries. *Int Psychiatry, 8*(3), 68-71.

Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., . . . Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry, 21*(2), 248-271. https://doi.org/10.1002/wps.20994

CRPD-komiteen. (2014). *General comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law* (CRPD/C/GC/1). Hentet fra https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement

CRPD-komiteen. (2015). *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Genève: CRPD-komiteen. Hentet fra https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc

Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-samtykkekompetanse

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry, 66*(2), 152-161. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537

Engh, J. A., & Bramness, J. G. (2017). Psychosis relapse, medication non-adherence, and cannabis. *Lancet Psychiatry, 4*(8), 578-579. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30254-7
Engleman, N. B., Jobes, D. A., Berman, A. L., & Langbein, L. I. (1998). Clinicians' decision making about involuntary commitment. *Psychiatr Serv, 49*(7), 941-945. https://doi.org/10.1176/ps.49.7.941
Etchells, E., Pedersen, R., & Dahlberg, J. (2011). *Aid to capacity evaluation (ACE): hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse* (2011:2). Oslo: Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/ace2012.pdf
Europarådets bioetikkomité. (2018). *Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment* (DH-BIO/INF (2018) 7). Strasbourg: Europarådet. Hentet fra https://rm.coe.int/inf-2018-7-psy-draft-prot-e/16808c58a3
Europarådets ministerkomité. (2022). *1434. møte, 11., 13. og 17. mai 2022* (CM/Del/Dec(2022)1434/4.2 2022). Strasbourg: Europarådet. Hentet fra https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680a675e6
Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry, 1*(1), 44-54. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70223-8
Feiring, E., & Ugstad, K. N. (2014). Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res, 14*, 500. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0500-x
FNs generalforsamling. (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (A/RES/46/119). Hentet fra http://www.un-documents.net/a46r119.htm
Folkehelseinstituttet. (2022). *Selvmord i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/#selvmord-i-norge-status-og-utvikling
Folkehelseinstituttet. (2023). *Narkotikabruk i Norge* (2023). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/
Fraas-Johansen, A., & Karlsen, K. E. (2023, 15. februar). Kripos stigmatiserer psykiske lidelser. *VG*. Hentet fra https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/nQmXWo/kripos-stigmatiserer-psykiske-lidelser
Førde, R., Norvoll, R., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2016). Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Med Ethics, 17*(1), 76. https://doi.org/10.1186/s12910-016-0159-4
Faay, M. D. M., & Sommer, I. E. (2021). Risk and Prevention of Aggression in Patients With Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry, 178*(3), 218-220. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.21010035
Gergel, T., & Owen, G. S. (2015). Fluctuating capacity and advance decision-making in Bipolar Affective Disorder - Self-binding directives and self-determination. *Int J Law Psychiatry, 40*, 92-101. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.004
Graver, H. P. (2005). Bevisbyrde og beviskrav i forvaltningsretten. *Tidsskrift for rettsvitenskap, 117*(4-5), 465-498. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3096-2004-04-05-01
Green, D. (2019). Godt forslag fra helsedirektoratet. *Tidsskr Nor Legeforen*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0918
Green, K., Browne, K., & Chou, S. (2019). The Relationship Between Childhood Maltreatment and Violence to Others in Individuals With Psychosis: A Systematic Review and Meta-

Analysis. *Trauma Violence Abuse, 20*(3), 358-373. https://doi.org/10.1177/1524838017708786
Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment : a guide for physicians and other health professionals*. Oxford: Oxford University Press.
Halvorsen, P. (2023). Selvbestemmelsens pris. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(4), 202-205.
Hatling, T., & Bugge, E. (2022). Hvorfor har vi ikke lykkes med å redusere tvangen i Norge? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 59*(6), 488-497.
Haugom, E. W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2020). Mental health professionals' experiences with shared decision-making for patients with psychotic disorders: a qualitative study. *BMC Health Serv Res, 20*(1), 1093. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05949-1
Hellevik, V., Skui, H., & Valle, A. L. (2019). Psykotiske pasienter har rett til behandling – frivillig og under tvungent psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Legeforen*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0918
Helse- og omsorgsdepartmentet. (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf
Helsedirektoratet. (2009). *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven: gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (IS-1370). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer
Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal pårørendeveileder*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder
Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonale veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov
Helsedirektoratet. (2017c). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer
Helsedirektoratet. (2018a). *Nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse
Helsedirektoratet. (2018b). *Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/parorendes-rettigheter-en-oversikt-for-helsepersonell-i-den-psykiske-helsetjenesten-og-rustiltak/P%C3%A5r%C3%B8rendes%20rettigheter%20%E2%80%93%20En%20oversikt%20for%20helsepersonell%20i%20den%20psykiske%20helsetjenesten%20og%20rustiltak.pdf/_/attachment/inline/4bb0602e-7cd7-482d-a03b-4b4a5351d0a7:8774b2e575c8b205d89449117e9b1a9951109b90/P%C3%A5r%C3%B8rendes%20rettigheter%20%E2%80%93%20En%20oversikt%20for%20helsepersonell%20i%20den%20psykiske%20helsetjenesten%20og%20rustiltak.pdf

Helsedirektoratet. (2019a). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene: Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser* (IS-3047). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Styringsinformasjon%20til%20helsefellesskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/bff79a7a-ab34-4d7a-beb3-f64b68a3e22f:81bcadd3274193b51ff72d8deb5b226643912600/Styringsinformasjon%20til%20helsefellesskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf

Helsedirektoratet. (2019b). *Svar på spørsmål om adgang til å be pasient på tvang uten døgnopphold om å samtykke til restriktive tiltak* (18/39340-3). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Adgang%20til%20%C3%A5%20be%20pasient%20p%C3%A5%20tvang%20uten%20d%C3%B8gnopphold%20om%20%C3%A5%20samtykke%20til%20restriktive%20tiltak%202019.pdf/_/attachment/inline/7531ff30-0c2c-4282-afd5-67572f069c91:a4edf6d00e020cb9e850e68205a3c4677a61e50d/Adgang%20til%20%C3%A5%20be%20pasient%20p%C3%A5%20tvang%20uten%20d%C3%B8gnopphold%20om%20%C3%A5%20samtykke%20til%20restriktive%20tiltak%202019.pdf

Helsedirektoratet. (2021a). *Kontroll av tvangsbruk 2021* (IS-3055). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202021.pdf/_/attachment/inline/9ecbff31-cdcf-4339-87c5-55955f45e582:64d4301797f39a11c19a0419bead024466c0099e/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202021.pdf

Helsedirektoratet. *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2021c). *Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne* (2021). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne

Helsedirektoratet. (2021d). *Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen – Vurderinger og anbefalinger* (IS-3014). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-onsket-innretning-av-utskrivingsprosessen/Utredning%20av%20%C3%B8nsket%20innretning%20av%20utskrivningsprosessen.pdf/_/attachment/inline/a36df249-6926-4508-aeca-92cfb08f0168:58fedc1a379bfaea79bc68cf10e1bc1d25366f88/Utredning%20av%20%C3%B8nsket%20innretning%20av%20utskrivningsprosessen.pdf

Helsedirektoratet. (2022a). *Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/om-samdata-spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet. (2022b). *Svar på henvendelse om kommunens forpliktelse til å ivareta personer dømt til tvungent psykisk helsevern som skrives ut fra tvungent vern med døgnopphold til tvungent vern uten døgnopphold* (22/4852-5). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Kommunens%20plikt%20til%20%C3%A5%20ivareta%20personer%20d

%C3%B8mt%20til%20tvungent%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvungent%20vern%20med%20d%C3%B8gnopphold%20til%20tvungent%20vern%20uten%20d%C3%B8gnopphold.pdf/_/attachment/inline/9162ddcc-3224-4a18-9182-6c30f84d458d:31d89b9f8e965cb6eaa4fb102ad960f353145b41/Kommunens%20plikt%20til%20%C3%A5%20ivareta%20personer%20d%C3%B8mt%20til%20tvungent%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvungent%20vern%20med%20d%C3%B8gnopphold%20til%20tvungent%20vern%20uten%20d%C3%B8gnopphold%20(2022).pdf

Helsedirektoratet. (2023a). *Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke (HØRINGSUTKAST)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenesten-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-horingsutkast

Helsedirektoratet. (2023b). *Psykisk helse for voksne - ventetid*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/gjennomsnittlig-ventetid-for-voksne-i-psykisk-helsevern

Helsedirektoratet. (2023c). *SAMDATA spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet. (2023d). *Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne

Helsenorge. (2021). *Samvalgsverktøy - Psykose*. Oslo: Helsenorge. Hentet fra https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/psykose

Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse* (2019). Helsetilsynet. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7_2019.pdf

Hermann, H., Trachsel, M., Elger, B. S., & Biller-Andorno, N. (2016). Emotion and Value in the Evaluation of Medical Decision-Making Capacity: A Narrative Review of Arguments. *Front Psychol, 7*, 765. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00765

Hestmark, L., Heiervang, K. S., Pedersen, R., Hansson, K. M., Ruud, T., & Romøren, M. (2021). Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres - a cross-sectional fidelity-based study. *BMC Psychiatry, 21*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03300-4

Hodgins, S., & Klein, S. (2017). New Clinically Relevant Findings about Violence by People with Schizophrenia. *Can J Psychiatry, 62*(2), 86-93. https://doi.org/10.1177/0706743716648300

Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nyttingnes, O., & Husum, T. L. (2021a). Measuring the level of compulsory hospitalisation in mental health care: The performance of different measures across areas and over time. *Int J Methods Psychiatr Res, 30*(3), e1881. https://doi.org/10.1002/mpr.1881

Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nyttingnes, O., Kjus, S. H. H., & Husum, T. L. (2021b). Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within-Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015-2018. *Front Psychiatry, 12*, 737698. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.737698

Holst, Ø., & Kilden, S. (2021). Justissektorens inntog i norsk psykiatri. *Tidsskr Nor Legeforen,* (10). https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0222

Holst, Ø., & Mindestrømmen, M. (2023). Varetektssurrogat i institusjon. *Tidsskrift for strafferett, 23*(1), 8-26. https://doi.org/10.18261/strafferett.23.1.2

Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., . . . Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the

acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet, 394*(10202), 939-951. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31135-3
Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Håland, M. E. (2020). *BrukerPlan: Årsrapport 2019: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen*. Stavanger: Helse Stavanger. Hentet fra https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/5650_BrukerPlan_A%CC%8Arsrapport_digital_2020_06_02_ef_ny.pdf
Høye, A., & Hoven, S. (2018). Når jusen kommer i veien for kommunikasjonen. *Tidsskr Nor Legeforen, 138*(13). https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0490
Høyer, G. (2016). Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern - Herman Wedel Majors nyskapning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 136*(12-13), 1109-1112. https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0935
Innst. 96 S (2022–2023). (2023). *Innstilling fra justiskomiteen om representantforslag om gjennomgang av ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse og alternativer til denne*. Oslo: Justiskomiteen. Hentet fra https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2022-2023/inns-202223-096s.pdf
Innst. 186 S (2013–2014). (2014). *Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen*. Oslo: Kontroll- og konstitusjonskomiteen, Stortinget. Hentet fra https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2013-2014/inns-201314-186.pdf
Institutt for helse og samfunn. (2023). *Bedre pårørendesamarbeid*. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/parorendesamarbeid-ved-alvorlige-psykiske-probleme/
International Law Commission. (2011). *Guide to Practice on Reservations to Treaties* (2011). Forente nasjoner. Hentet fra https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/draft_articles/1_8_2011.pdf
Jardim PJS, Ames HMR, Hestevik CH, & I, K. (2023). *Tvang i psykisk helsevern og vold: systematisk litteratursøk med sortering*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/contentassets/a6b2ec67aeb342ccbc5fe78399f10c63/tvang-i-psykisk-helsevern-og-vold-rapport-2023.pdf
Joint Committee on the Draft Mental Health Bill. (2023). *Draft Mental Health Bill 2022*. The House of Commons and the House of Lords. Hentet fra https://committees.parliament.uk/publications/33599/documents/182904/default/
Jorem, J. (2019). Juridiske forhold. I: K. Engedal, M. Tveito, & M. Lage Barca (red.), *Alderspsykiatri* (1 utg., s. 434-456). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
Jorem, J. (2023). Helserett – familiær og fremmed. *Michael, 20*, 260-263.
Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med, 46*(4), 683-697. https://doi.org/10.1017/s0033291715002408
Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K. T., & Hoffmann, H. (2017). Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatr Serv, 68*(6), 603-609. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600083
Kane, N. B., Ruck Keene, A., Owen, G. S., & Kim, S. Y. H. (2022). Difficult Capacity Cases-The Experience of Liaison Psychiatrists. An Interview Study Across Three Jurisdictions. *Front Psychiatry, 13*, 946234. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.946234
Khan, A., Lindenmayer, J. P., Insel, B., Seddo, M., Demirli, E., DeFazio, K., . . . Ahmed, A. O. (2022). Computerized cognitive and social cognition training in schizophrenia for impulsive aggression. *Schizophr Res*. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.004

Kim, S. Y., Caine, E. D., Swan, J. G., & Appelbaum, P. S. (2006). Do clinicians follow a risk-sensitive model of capacity-determination? An experimental video survey. *Psychosomatics, 47*(4), 325-329. https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.4.325
Kim, S. Y. H., Kane, N. B., Ruck Keene, A., & Owen, G. S. (2021). Broad concepts and messy realities: optimising the application of mental capacity criteria. *J Med Ethics*. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107571
Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev, 3*(3), Cd004408. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5
Kjønstad, A. (2007). *Helserett : pasienters og helsearbeideres rettsstilling* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
Kripos. (2022). *Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser* (2022). Kripos. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold/vold-begatt-av-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser2.pdf
Lamont, S., Jeon, Y. H., & Chiarella, M. (2013). Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs, 22*(17-18), 2387-2403. https://doi.org/10.1111/jocn.12215
Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge* (2017). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra https://napha.no/multimedia/7931/ACT-FACT-i-rurale-strok
Landheim, A., & Odden, S. r. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge* (2020). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. Hentet fra https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
Lepping, P., Stanly, T., & Turner, J. (2015). Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clin Med (Lond), 15*(4), 337-343. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-4-337
Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R. P., & Röttgers, H. R. (2004). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany--a questionnaire analysis. *Eur Psychiatry, 19*(2), 91-95. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.11.001
Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., . . . Davis, J. M. (2017). Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *Am J Psychiatry, 174*(10), 927-942. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358
Løvgren, P. J., & Wiig, P. T. (2022). Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? *Tidsskr Nor Legeforen*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0536
Løvsletten, M., Lossius Husum, T., Haug, E., & Granerud, A. (2020). Cooperation in the mental health treatment of patients with outpatient commitment. *SAGE Open Med, 8*, 2050312120926410. https://doi.org/10.1177/2050312120926410
Maktmiddelutvalget. (2022). *Politiets bruk av maktmidler* Rapport fra ekspertutvalget som ble oppnevnt av Justis- og beredskapsdepartementet 15. februar 2022. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6d791b69b71a4fe9bfedd13af2900750/no/pdfs/politiets-bruk-av-maktmidler.pdf
Marson, D. C., McInturff, B., Hawkins, L., Bartolucci, A., & Harrell, L. E. (1997). Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc, 45*(4), 453-457. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb05170.x
Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J., & Bramness, J. G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated

psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Res, 206*(1), 17-21. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.023
Norges institusjon for menneskerettigheter. (2022). *Inkorporering av CRPD i norsk rett - Særlig om CRPD artikkel 12 og 14* (2022). Oslo: Norges institusjon for menneskerettighter. Hentet fra https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2022/03/Inkorporering-av-CRPD-i-norsk-rett.pdf
Norvoll, R., Høiseth, J. R., & Bjørgen, D. (2017a). *Både – og: Pasienters syn på og erfaringer med involvering av pårørende i psykiske helsetjenester og ved tvang*. Kompetansesenter for brukererfaringer og tjenesteutvikling (KBT) Midt-Norge, Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/bade-og/ressurshefte-bade-og080817.pdf
Norvoll, R., & Pedersen, R. (2017b). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer*. Oslo: Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshefte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf
NOU 2010: 3. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004–2009*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6f5ab604e1394eabb8dc07b56d128bf1/no/pdfs/nou201020100003000dddpdfs.pdf
NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf
NOU 2014: 10. (2014). *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/42efeed9ff864a8f891aa6536748e264/no/pdfs/nou201420140010000dddpdfs.pdf
NOU 2016: 17. (2016). *På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf
NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf
NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf
NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus: Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf
Nyttingnes, O. (2022). Når antipsykotika ikke fungerer – og konfliktene rundt tvang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 59*(6), 468-473.

Nyttingnes, O., Benth, J., Hofstad, T., & Rugkåsa, J. (2023). The relationship between area levels of involuntary psychiatric care and patient outcomes: a longitudinal national register study from Norway. *BMC Psychiatry, 23*(1), 112. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04584-4

Nyttingnes, O., & Rugkåsa, J. (2021). The Introduction of Medication-Free Mental Health Services in Norway: An Analysis of the Framing and Impact of Arguments From Different Standpoints. *Front Psychiatry, 12*, 685024. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.685024

Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry, 191*, 291-297. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.035162

Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (2022:01271). Trondheim: Sintef. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202022%20-%20%C3%85rsverk,%20kompetanse%20og%20innhold%20i%20tjenestene.pdf/_/attachment/inline/d22ffb39-fc1c-45d3-a15c-97359bb7844d:b28ac40ed3be9e995f5baab38d4a6d91a33dae57/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202022%20-%20%C3%85rsverk,%20kompetanse%20og%20innhold%20i%20tjenestene.pdf

Ot.prp. nr. 11 (1998–1999). (1998). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/?ch=1

Ot.prp. nr. 12 (1998–1999). (1998). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99-/id159415/?ch=1

Ot.prp.nr. 65 (2005–2006). (2006). *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* (Ot.prp.nr. 65 (2005-2006), ). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/b324bd1623454222adefa9ccd4191c1d/no/pdfs/otp200520060065000dddpdfs.pdf

Owen, G. S., David, A. S., Richardson, G., Szmukler, G., Hayward, P., & Hotopf, M. (2009). Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients: a cross-sectional study. *Psychol Med, 39*(8), 1389-1398. https://doi.org/10.1017/s0033291708004637

Owen, G. S., Martin, W., & Gergel, T. (2018). Misevaluating the Future: Affective Disorder and Decision-Making Capacity for Treatment - A Temporal Understanding. *Psychopathology, 51*(6), 371-379. https://doi.org/10.1159/000495006

Owen, G. S., Szmukler, G., Richardson, G., David, A. S., Raymont, V., Freyenhagen, F., . . . Hotopf, M. (2013). Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study. *Br J Psychiatry, 203*(6), 461-467. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123976

Oxford Research. (2017). *Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak*. Oxford Research. Hentet fra https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2018/01/Evaluering-av-tvangsvedtak.pdf

Pedersen, M., & Kalseth, B. *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten: Kostnader, aktivitet og kontinuitet: SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020*.Oslo: Helsedirektoratet. Hentet Oktober, 2021, fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf/_/attachment/inline/36006c86-0bc7-4021-8956-708d6566a9a6:d2759c4e0d1059170d84accb463aeb1631f5e32c/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf

Pedersen, R. (2020). Tvang. I: M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen, & R. Pedersen (red.), *Etikk i helsetjenesten* (1 utg., s. 94-105). Oslo: Gyldendal.
Pedersen, R., Hofmann, B., & Mangset, M. (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Legeforen, 127*(12), 1644-1647.
Pedersen, R., & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I: R. Pedersen, P. Nortvedt, E. Ribe, & D. Keeping (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
Politidirektoratet. (2017). *Evaluering av bevæpningspraksis basert på bevæpningsordre i politioperativt system (PO)* (2017). Politidirektoratet. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/bevapning/bevapning.pdf
Politiet. (2022). *Politiets trusselvurdering 2022* (2022). Politiet. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/politiets-trusselvurdering-ptv/politiets-trusselvurdering-2022.pdf
Politiet. (2023). *Politiets trusselvurdering 2023* (2023). Politiet. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/politiets-trusselvurdering-ptv/politiets-trusselvurdering-2023.pdf
Politihøyskolen. (2022). *Evaluering av PSTs og politiets håndtering i tilknytning til Kongsberg-hendelsen 13. oktober 2021*. Oslo: Politihøyskolen. Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/evalueringsrapporter/evaluering-av-psts-og-politiets-handtering-i-tilknytning-til-kongsberg-hendelsen-13.-oktober-2021.pdf
Prop. 106 S (2011-2012). (2012). *Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Utenriksdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8a8ff0a67afe40aa975d6ec7733a2303/no/pdfs/prp201120120106000dddpdfs.pdf
Prop. 147 L (2015-2016). (2016). *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/bb4e1b5b86c44b91bb076c3d0d20675e/no/pdfs/prp201520160147000dddpdfs.pdf
Regjeringen. (2021). *Hurdalsplattformen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf
Rognli, E. B., Taipale, H., Hjorthøj, C., Mittendorfer-Rutz, E., Bramness, J. G., Heiberg, I. H., & Niemelä, S. (2022). Annual incidence of substance-induced psychoses in Scandinavia from 2000 to 2016. *Psychol Med*, 1-10. https://doi.org/10.1017/s003329172200229x
Roth, L. H., Meisel, A., & Lidz, C. W. (1977). Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry, 134*(3), 279-284. https://doi.org/10.1176/ajp.134.3.279
Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *Can J Psychiatry, 61*(1), 15-24. https://doi.org/10.1177/0706743715620415
Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry, 184*, 163-168. https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163
Samara, M. T., Nikolakopoulou, A., Salanti, G., & Leucht, S. (2019). How Many Patients With Schizophrenia Do Not Respond to Antipsychotic Drugs in the Short Term? An Analysis Based on Individual Patient Data From Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull, 45*(3), 639-646. https://doi.org/10.1093/schbul/sby095
Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract, 72*(715), e84-e90. https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340
Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode

psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev, 58*, 59-75. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007
Sariaslan, A., Leucht, S., Zetterqvist, J., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Associations between individual antipsychotics and the risk of arrests and convictions of violent and other crime: a nationwide within-individual study of 74 925 persons. *Psychol Med*, 1-9. https://doi.org/10.1017/s0033291721000556
Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O., & Rypdal, K. (2021). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat. Rapport 2*. Bergen: Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri (SIFER). Hentet fra https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/10/Evaluering-av-konsekvensene-av-lovendringer-om-saerreaksjoner-og-varetektssurrogat-Rapport-2-versj-2-ISBN-2021.pdf
Sessums, L. L., Zembrzuska, H., & Jackson, J. L. (2011). Does this patient have medical decision-making capacity? *Jama, 306*(4), 420-427. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1023
Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., . . . Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry, 6*(5), 403-417. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30090-2
SIFER. (2020a). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport*. Oslo: Nasjonalt kopmetansesenternettverk for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri (SIFER), Oslo Universitetssykehus. Hentet fra https://sifer.no/wp-content/uploads/2020/11/Sikkerhetspsykiatri-i-Norge-2019.-En-statusrapport.-PDF.-ISBN-978-82-692218-0-0-2_-nf.pdf
SIFER. (2020b). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Hentet fra https://sifer.no/wp-content/uploads/2022/02/Utskrivningsklare-pasienter-i-sikkerhetspsykiatrien-en-kartlegging-av-utskrivelsesprosessen-fra-sikkerhetsavdeling-til-kommune-1.pdf
SIFER. (2023). *Møte med aggresjonsproblematikk*. Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Hentet fra https://sifer.no/map/
Sivilombudet. (2019). *Tvangsmedisinering – beviskravet for manglende samtykkekompetanse* (2019). Sivilombudet. Hentet fra https://www.sivilombudet.no/uttalelser/tvangsmedisinering-beviskravet-for-manglende-samtykkekompetanse/
Sivilombudet. (2022a). *Begrunnelse av vedtak om forlengelse av tvungent psykisk helsevern* (2022). Sivilombudet. Hentet fra https://www.sivilombudet.no/uttalelser/begrunnelse-av-vedtak-om-forlengelse-av-tvungent-psykisk-helsevern/
Sivilombudet. (2022b). *Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak* (2022). Sivilombudet. Hentet fra https://www.sivilombudet.no/uttalelser/kontroll-med-bruk-av-mekaniske-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-rapport-fra-undersokelse-av-eget-tiltak/
Skog Hansen, I. L., Markussen, T. E., & Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*. Oslo: Fafo. Hentet fra https://www.ks.no/contentassets/d170e6e5d04f480eab582048d4702d8f/Fafo-rapport-I-grenseland-KS-FOU-224030.pdf
St.prp. nr. 53 (2005-2006). (2006). *Om samtykke til ratifikasjon av Europarådets konvensjon av 4. april 1997 om menneskerettigheter og biomedisin* (St.prp. nr. 53 (2005-2006)).
Stahl, S. M. (2014). Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS Spectr, 19*(5), 357-365. https://doi.org/10.1017/s1092852914000522

Standal, K., Solbakken, O. A., Rugkåsa, J., Martinsen, A. R., Halvorsen, M. S., Abbass, A., & Heiervang, K. S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient Prefer Adherence, 15*, 1647-1660. https://doi.org/10.2147/ppa.S308151

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021). *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand? Helsehjelp og samfunnsvern for pasienter med psykose og økt voldsrisiko*. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Hentet fra https://ukom.no/rapporter/hva-kan-vi-laere-etter-et-drap-begatt-i-psykotisk-tilstand/varetektssurrogat-i-psykisk-helsevern

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Hentet fra https://ukom.no/rapporter/helsehjelp-til-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-og-voldsrisiko-copy/vare-funn-helsehjelpen-kom-til-kort

Statistisk sentralbyrå. (2019). *Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/statbank/table/10477/

Storvestre, G. B., Jensen, A., Bjerke, E., Tesli, N., Rosaeg, C., Friestad, C., . . . Haukvik, U. K. (2020). Childhood Trauma in Persons With Schizophrenia and a History of Interpersonal Violence. *Front Psychiatry, 11*, 383. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00383

Strømme, M. F., Bartz-Johannesen, C., Kroken, R. A., Mehlum, L., & Johnsen, E. (2022). Overactive, aggressive, disruptive and agitated behavior associated with the use of psychotropic medications in schizophrenia. *Schizophr Res, 248*, 35-41. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.07.014

Strømme, M. F., Mellesdal, L. S., Bartz-Johannesen, C., Kroken, R. A., Krogenes, M., Mehlum, L., & Johnsen, E. (2021). Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: A prospective total-cohort study. *Schizophr Res, 235*, 29-35. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.009

Stuart, R., Akther, S. F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open, 6*(2), e19. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101

Styrelsen for patientsikkerhed. (2019). *Anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile – Information til læger*. Styrelsen for patientsikkerhed,. Hentet fra https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/informeret-samtykke/varigt-inhabile-patienter/somatisk-tvang/~/media/0E74593FADEA4C7185FA3A168854D747

Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A., & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open, 5*(7), e2222079. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079

Syse, A. (2000). Norway: valid (as opposed to informed) consent. *Lancet, 356*(9238), 1347-1348. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02828-2

Syse, A. (2006). Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien. *Nordic Journal of Human Rights, 24*(4), 318-342. https://doi.org/10.18261/ISSN1891-814X-2006-04-05

Syse, A. (2007). Om medisinsk etikk, medisin og jus. *Tidsskr Nor Laegeforen, 127*(12), 1626.

Syse, A. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven: med kommentarer* (4. rev. utg. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.

Syse, A. (2016a). En tradisjonell forståelse av materielle rettigheter i velferdsretten. I: I. Ikdahl & V. B. Strand (red.), *Rettigheter i velferdsstaten: begreper, trender, teorier* (s. 35-56). Oslo: Gyldendal juridisk.

Syse, A. (2016b). *Psykisk helsevernloven: med kommentarer* (3 utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.

Syse, A. (2019a). Om endringene i psykisk helsevernloven fra 2017 - mere juss og mindre fag? I: T. Haugli, S. Gerrard, A. Hellum, E.-M. Svensson, & H. Brækhus (red.), *Dette brenner jeg for!: festskrift til Hege Brækhus 70 år*. Bergen: Fagbokforlaget.
Syse, A. (2019b). Om endringene i psykisk helsevernloven fra 2017 – mere juss og mindre fag? I: T. Haugli, S. Gerrard, A. Hellum, E.-M. Svensson, & H. Brækhus (red.), *Dette brenner jeg for!: festskrift til Hege Brækhus 70 år*. Bergen: Fagbokforlaget.
Syse, A., & Nilstun, T. (1997). Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. *Tidsskrift for rettssvitenskap, 110*(5), 837-916.
Tan, D. J., Hope, P. T., Stewart, D. A., & Fitzpatrick, P. R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol, 13*(4), 267-282. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0032
Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J. W. (2014). Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophr Bull, 40*(5), 1174-1181. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt126
Universitetet i Oslo, & Helsedirektoratet. (2019). *Vurdering av samtykkekompetanse i psykisk helsevern*. Oslo: Universitetet i Oslo, Helsedirektoratet. Hentet fra https://studmed.uio.no/elaring/fag/etikk/samtykke/index.shtml
Veland, M. C., & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. *Sykepleien forskning,* (4), 54. https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57137
Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H. (2022a). Health professionals' experience of treatment of patients whose community treatment order was revoked under new capacity-based mental health legislation in Norway: qualitative study. *BJPsych Open, 8*(6), e183. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.592
Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H. (2022b). Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order. *BMC Health Serv Res, 22*(1), 454. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07892-9
Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H. (2023). Capacity-based legislation in Norway has so far scarcely influenced the daily life and responsibilities of patients' carers: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 23*(1), 111. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04611-4
Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2022). Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 79*(2), 120-132. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3721
Wormdahl, I., Hatling, T., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Brodersen, D., . . . Rise, M. B. (2022). The ReCoN intervention: a co-created comprehensive intervention for primary mental health care aiming to prevent involuntary admissions. *BMC Health Serv Res, 22*(1), 931. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08302-w
Wormdahl, I., Husum, T. L., Rugkåsa, J., & Rise, M. B. (2020). Professionals' perspectives on factors within primary mental health services that can affect pathways to involuntary psychiatric admissions. *Int J Ment Health Syst, 14*(1), 86. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00417-z
Wynn, R., Myklebust, L. H., & Bratlid, T. (2007). Psychologists and coercion: decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nord J Psychiatry, 61*(6), 433-437. https://doi.org/10.1080/08039480701773139
Zinkler, M., & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta Psychiatr Scand, 106*(1), 3-8. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02268.x
ØSK-komiteen. (2014). *General comment No. 1* (CRPD/C/GC/1). Hentet fra https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement

ØSK-komiteen. (2020). *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway* (E/C.12/NOR/CO/6). Hentet fra https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/079/78/PDF/G2007978.pdf?OpenElement

Østenstad, B. H. (2018). Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk. I: B. H. Østenstad, C. Adolphsen, E. Naur, & S. A. Henriette (red.), *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten* (s. 11-34). Bergen: Fagbokforlaget.

Østenstad, B. H. (2021). Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse. *Lov og Rett, 60*(1), 24-42. https://doi.org/10.18261/issn.1504-3061-2021-01-04

Aall, J. (2022). *Rettsstat og menneskerettigheter: en innføring i vernet om individets sivile og politiske rettigheter etter den norske forfatning og etter den europeiske menneskerettighetskonvensjon: 1* (1 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Aarseth, O. (2021). *Markant økning i psykiatrioppdrag*. Politiforum. Hentet fra https://www.politiforum.no/psykiatri-psykiatrioppdrag/markant-okning-i-psykiatrioppdrag/212372

Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R., & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *Int J Law Psychiatry, 57*, 106-112. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005

## Lover

*Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*. (1999). LOV-1999-05-21-30. Sist endret i LOV-2014-05-09-14. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (1999)*. LOV-1999-07-02-61. Sist endret i LOV-2022-12-16-92. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. (1999). LOV-1999-07-02-62. Sist endret i LOV-2022-12-20-115. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i LOV-2023-06-02-17. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

*Lov om straff (straffeloven)*. (2005). LOV-2005-05-20-28. Sist endret i LOV-2022-06-22-83. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (2011). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i LOV-2022-11-25-86. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

## Rettsavgjørelser

| | |
|---|---|
| Rt. 1993 s. 249 | LE-2018-98244 |
| Rt. 2001 s. 1481 | LG-2018-117419 |
| HR-2008-1927-A | LB-2019-1930 |
| HR-2009-1932-A | LF-2019-109174 |
| HR-2011-559-A | LG-2020-158658 |
| HR-2013-2333-A | LF-2022-142122 |
| HR-2014-1799-A | LA-2022-179864 |
| HR-2014-2288-A | |
| HR-2015-206-A | TBUS-2022-6117 |
| HR-2015-2524-P | |
| HR-2016-1286-A | |
| HR-2016-2554 | |
| HR-2018-2204-A | |
| HR-2020-1167-A | |
| HR-2021-555-U | |
| HR-2021-937-A | |
| HR-2021-1263-A | |
| HR-2023-776-U | |

## Uttalelser fra Sivilombudet

SOM-2018-2278

SOM-2022-3720

## Praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen

Varbanov mot Bulgaria, 2000

Pretty mot Storbritannia, 2002

Storck mot Tyskland, 2005

Renolde mot Frankrike, 2008

Salontaji-Drobnjak mot Serbia, 2009

Jehovas vitner i Moskva mot Russland, 2010

Haas mot Sveits, 2011

Plesó mot Ungarn, 2012

Stanev mot Bulgaria, 2012

Arakaya mot Ukraina, 2013

Shopov mot Bulgaria, 2013

X mot Finland, 2012

Fernandes de Oliveira mot Portugal, 2019

S.F. mot Sveits, 2020

Boychenko mot Russland, 2021

M.K. mot Luxembourg, 2021

## Konvensjoner

FN. (1966). *Internasjonal konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

FN. (1966). *Konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Europarådet. (1997). *Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin: Konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin – ETS nr. 164 (Oviedo-konvensjonen)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1997-04-04-1/

FN (2013) K*onvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (CRPD). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/2006-12-13-34

# Utkast til utvalgets lovendringsforslag

## Utkast til lov om endringer i psykisk helsevernloven

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

### § 1-1 første ledd skal lyde:

Formålet med loven her er å sikre *behandling av god kvalitet for personer med psykiske lidelser. Videre er det et formål med loven* at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. *Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten.* Det er et formål med reglene å forebygge, begrense *og fremme en riktig* bruk av tvang.

### § 1-2 andre og tredje ledd skal lyde:

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger, *som pasienten motsetter seg*.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd *som pasienten motsetter seg*.

### § 2-1 tredje ledd skal lyde:

*Undersøkelse og behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen kan skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.*

### § 3-2 første ledd innledningen og nr. 3 skal lyde:

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 *og egen undersøkelse av pasienten*, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

3. *Det er overveiende sannsynlig at pasienten mangler beslutningskompetanse*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke *når det er overveiende sannsynlig at pasienten utgjør en* nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

### § 3-2 nytt andre ledd skal lyde:

*Vedtak om tvungen observasjon forutsetter at pasienten motsetter seg psykisk helsevern, jf. § 1-2 andre ledd.*

§ 3-2 tredje ledd, tidligere andre ledd, skal lyde:

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse. *Tvungen observasjon skal opphøre dersom ett av vilkårene i bestemmelsen ikke lenger er oppfylt underveis i observasjonsperioden.* Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

§ 3-3 første ledd og nr. 4 skal lyde:

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, eventuell tvungen observasjon etter § 3-2 *og egen undersøkelse av pasienten*, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

4. Pasienten mangler *beslutningskompetanse*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

§ 3-3 nytt andre ledd skal lyde:

*Vedtak om tvungent psykisk helsevern forutsetter at pasienten motsetter seg psykisk helsevern, jf. § 1-2 tredje ledd.*

§ 3-3 a nytt fjerde og femte ledd skal lyde:

*Den faglig ansvarlige for vedtaket skal vurdere om farevilkåret er oppfylt dersom pasienten utøver eller har utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd. Den faglig ansvarlige for vedtaket skal da også vurdere om det skal gjøres en voldsrisikoutredning, herunder utarbeide en risikohåndteringsplan, i samarbeid med pasienten, eventuelt nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante offentlige instanser.*

*Den faglige ansvarlige for vedtaket skal vurdere om det behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av vilkåret om manglende beslutningskompetanse og farevilkåret.*

§ 3-3 a tidligere tredje ledd blir nytt sjette ledd og skal lyde:

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, *skal opplyses om vedtaket, klageretten og klagefristen, og* kan påklage vedtak etter paragrafen her til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtaket i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt.

§ 3-5 tredje ledd skal lyde:

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til *nærmeste* pårørende. *Den faglig ansvarlige for vedtak skal gjøre vurderingen i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-4 og 5-11.* Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan, avhentingen gjennomføres med tvang.

§ 3-8 nytt fjerde ledd skal lyde:

*Når en pasient som har eller antas å ha en alvorlig psykisk lidelse mottar helsehjelp etter pasient- og brukerettighetsloven § 4-6 andre ledd, skal underretning sendes kontrollkommisjonens leder sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonens leder skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pasient- og brukerettighetsloven § 4-6 andre ledd.*

§ 4-4 ny overskrift skal lyde:

Psykisk helsevernloven § 4-4 Vilkår for vedtak om *tvungen undersøkelse og behandling*

§ 4-4 første skal lyde:

Pasient som er under tvungent psykisk helsevern, kan undergis *tvungen* undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det er et vilkår at pasienten mangler *beslutningskompetanse* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende *beslutningskompetanse* gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. *Dersom pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg undersøkelse og behandling etter denne bestemmelsen, kan slik undersøkelse og behandling gis etter pasient- og brukerettighetsloven § 4-6, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 tredje ledd.*

§ 4-4 femte ledd skal lyde:

Vedtak om *tvungen* legemiddelbehandling kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet. Dette gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

§ 4-4 a nytt tredje og fjerde ledd skal lyde:

*Den faglig ansvarlige for vedtaket skal vurdere om farevilkåret er oppfylt dersom pasienten utøver eller har utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd.*

*Den faglige ansvarlige for vedtaket skal vurdere om det behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av vilkåret om manglende beslutningskompetanse og farevilkåret.*

§ 4-4 a tredje ledd blir femte ledd og skal lyde:

Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende *skal opplyses om vedtaket, klageretten og klagefristen, og* kan påklage vedtak etter paragrafen her til statsforvalteren.

## Utkast til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

### § 3-1 tredje ledd skal lyde:

Dersom pasienten *mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerettighetsloven § 4-3*, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. *Nærmeste pårørende har uansett rett til medvirkning dersom en beslutningskompetent pasient har omsorgsansvar for barn, eller en pasient med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.*

### § 3-3 andre ledd skal lyde:

*Dersom* pasienten eller brukeren *mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerettighetsloven § 4-3*, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2. *Nærmeste pårørende har uansett rett til informasjon dersom en beslutningskompetent pasient har omsorgsansvar for barn, eller en pasient med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.*

### § 4-3 ny overskrift skal lyde:

Hvem som har *beslutningskompetanse*

### § 4-3 første til fjerde ledd skal lyde:

Rett til å *treffe beslutning om* helsehjelp har

a. personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse
b. personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art
c. personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.

*Beslutningskompetansen* kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten *overveiende sannsynlig ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne.*

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler *beslutningskompetanse* etter *andre* ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan *treffe beslutning om* helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende *beslutningskompetanse* skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

### § 4-3 femte ledd oppheves

### § 4-3 sjette ledd blir nytt femte ledd

### § 4-6 ny overskrift skal lyde:

Om pasienter over 18 år som ikke har *beslutningskompetanse*.

§ 4-6 første og andre ledd skal lyde:

Dersom en pasient over 18 år ikke har *beslutningskompetanse* etter § 4-3 *andre* ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom

*a.* det anses å være i pasientens interesse, og

*b.* det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp.

§ 4-6 nytt tredje ledd skal lyde:

*Helsehjelp etter andre ledd* kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Det skal fremgå av journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.

§ 4-6 tredje ledd blir nytt fjerde ledd

## Utkast til lov om endringer i helsepersonelloven

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

### § 22 tredje ledd skal lyde:

For personer *som mangler beslutningskompetanse* som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 *andre* ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

### § 25 første ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. *Taushetsbelagte opplysninger kan uavhengig av pasientens motstand, gis til samarbeidende personell dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*

### § 45 første ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger. *Taushetsbelagte opplysninger kan uavhengig av pasientens motstand, gis til helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*

## Utkast til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

### Ny § 3-7 skal lyde:

*Om pårørendeansvarlig personell mv.*

*Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha pårørendeansvarlig personell. Pårørendeansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller etterlatte etter slike pasienter.*

*Departementet kan gi nærmere bestemmelser om pårørendeansvarlig personell i forskrift.*

| Møtedatoer og tema | | |
|---|---|---|
| **Dato** | **Tema** | **Sted** |
| 10.06.2022 | - Gjennomgang av mandatet | Helse- og omsorgs-departementet |
| 19.08.2022 | - Eksterne innlegg<br>- Gjennomgang av mandatet<br>- Om eksisterende kunnskapsgrunnlag og behov for innhenting mer kunnskap<br>- Arbeidsprosess<br>- Møteplan | Helsedirektoratet |
| 09.09.2022 | - Koordinatormøte mellom sykehusene og politiets psykiatrigruppe | Politihuset i Oslo |
| 15.09.2022 | - Om menneskerettighetene<br>- Eksterne innlegg<br>- Arbeidsprosess<br>- Inndeling i arbeidsgrupper<br>- Operasjonalisering av mandatet<br>- Gjennomgang av kunnskapsgrunnlag | Helsedirektoratet |
| 14.10.2022 | - Eksterne innlegg<br>- Innlegg fra arbeidsgruppene om status og utfordringer<br>- Indentifisering av sentrale problemstillinger<br>- Gjennomgang av kunnskapsgrunnlag<br>- Invitasjoner til skriftlige innspill | Helsedirektoratet |
| 10.11.2022 | - Om bruker-/pårørendeperspektivet og helsetjenesten<br>- Innlegg fra arbeidsgruppene om status, utfordringer og tiltak<br>- Eksternt innlegg<br>- Oppdrag om kunnskapsoppsummering fra FHI og rapport fra SME<br>- Foreløpige funn fra Registerdata | Helsedirektoratet |
| 08.12.2022 | - Om samfunnssikkerhet<br>- Eksterne innlegg<br>- Innlegg fra arbeidsgruppe om tiltak knyttet til hovedtema<br>- Rapportdisposisjon | Helsedirektoratet |

| Møtedatoer og tema | | |
|---|---|---|
| **Dato** | **Tema** | **Sted** |
| 12.01.2023 | - Om bruker-/pårørendeperspektivet og spesialist- og kommunehelsetjenesten<br>- Bestilling av undersøkelse fra Ahus<br>- Eksterne innlegg<br>- Innlegg fra arbeidsgrupper om tiltak | Helsedirektoratet |
| 13.01.2023 | - Om forståelsen av samtykkevilkåret og pårørendeperspektivet<br>- Presentasjon av systematisk litteratursøk v/FHI<br>- Forslag til tiltak<br>- Oppsummering av skriftlige innspill<br>- Eksterne innlegg | Helsedirektoratet |
| 02.02.2023 | - Om vurdering av samtykkevilkåret og samfunnsvern<br>- Bestilling av undersøkelse fra Kompetansesenteret for frivillighet og tvang<br>- Eksterne innlegg<br>- Forslag til tiltak<br>- Innlegg fra arbeidsgruppe | Helsedirektoratet |
| 03.02.2023 | - Presentasjon av Kripos-rapporten<br>- Gjennomgang av tiltak og vurderinger<br>- Eksterne innlegg<br>- Innlegg fra arbeidsgruppe | Helsedirektoratet |
| 14.02.2023 | - Presentasjon av KS-rapporten: «I grenseland – samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv» | Digitalt |
| 03.03.2023 | - Gjennomgang av rapportdisposisjon<br>- Presentasjon av utkast til kapitler i rapporten<br>- Diskusjon av vurderinger og tiltak | Helsedirektoratet |
| 23.03.2023 | - Gjennomgang av mandatet<br>- Presentasjon av funn i registerdata<br>- Om bruker- og pårørendeperspektivet | Helsedirektoratet |
| 24.03.2023 | - Presentasjon av funn fra SME-evalueringen<br>- Om samhandling i helsetjenesten og samfunnsvern<br>- Gjennomgang av oppdaterte forslag til tiltak<br>- Forslag til modell | Helsedirektoratet |

| Møtedatoer og tema | | |
|---|---|---|
| **Dato** | **Tema** | **Sted** |
| 12.04.2023 | - Presentasjon av analyser fra forskergruppe ved Akershus universitetssykehus | Digitalt |
| 27.04.2023 | - Beslutninger om tiltak | Helsedirektoratet |
| 15.05.2023 | - Konklusjoner<br>- Gjennomgang av kapitlene i rapporten | Helsedirektoratet |
| 31.05.2023 | - Siste gjennomgang av rapporten | Digitalt |

| Skriftlige innspill til utvalget | |
|---|---|
| - Allmennlegeforeningen<br>- Akuttnettverket<br>- Aurora<br>- Egil Solberg<br>- Helsedirektoratet<br>- Helse Midt-Norge RHF<br>- Helse Nord RHF<br>- Helse Sør-Øst RHF<br>- Helse Vest RHF<br>- Hvite Ørn<br>- Inger-Mari Eidsvik<br>- Kontrollkommisjonenes ressursgruppe<br>- KS<br>- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse<br>- Landsforeningen We Shall Overcome<br>- Lars Johan S. Hereid<br>- Likestillings- og diskrimineringsombudet<br>- Mental Helse Ungdom<br>- NAPHA<br>- Nasjonalt senter for distriktsmedisin<br>- NKROP<br>- Norsk forening for allmennmedisin | - Norsk psykiatrisk forening<br>- Norsk Sykepleierforbund<br>- Oslo Universitetssykehus, psykiatrisk legevakt<br>- Pasient- og brukerombudet i Hordaland<br>- PIO-senteret<br>- Politidirektoratet<br>- Psykologforeningen<br>- Psykologforeningen (barn og unge)<br>- Pårørendesenteret<br>- Rådet for psykisk helse<br>- Senter for medisinsk etikk<br>- Sivilombudet<br>- Statsforvalteren i Agder<br>- Statsforvalteren i Innlandet<br>- Statsforvalteren i Nordland<br>- Statsforvalteren i Oslo og Viken<br>- Statsforvalteren i Rogaland<br>- Statsforvalteren i Trøndelag<br>- Statsforvalteren i Vestland<br>- Tone Behncke<br>- Kompetansesenteret for frivillighet og tvang (tidl. TvangsForsk)<br>- Walter Keim |

# Evaluering fra Senter for medisinsk etikk (SME)

## Studiedesign og datainnsamling

Evalueringen brukte et kvalitativt studiedesign ved å samle inn data fra flere kilder som gir et bredt grunnlag for å besvare spørsmålene i oppdraget fra utvalget (se omtale i punkt 2.5.1). Data ble innhentet gjennom individuelle intervjuer med aktører som var berørt av lovendringene i 2017. Oppfølgingsintervjuene i 2022–2023 ble gjort med de samme informantene som i første intervjurunde i 2018. Det ble satt som betingelse for deltakelse i oppfølgingsintervjuene at informanter fra helsetjenesten og tilsynsorganer hadde hatt minst to års relevant erfaring med psykisk helsevern siden 2018. Det var ikke en tilsvarende betingelse for deltakelse blant bruker- og pårørenderepresentanter. Den samme semistrukturerte intervjuguiden som i 2018 ble benyttet for å dekke spørsmålene i oppfølgingsintervjuene. Intervjuguiden til ansatte i tjenestene inneholdt flere spørsmål enn intervjuguiden til brukere og pårørende, da ikke alle spørsmålene var relevante for alle informantgruppene.

## Intervjuer

Intervjuer ble gjennomført med aktører som primært var berørt av og hadde erfaring med lovendringene. Dette var først og fremst psykiatere og psykologspesialister med vedtaksansvar for bruk av tvang i spesialisthelsetjenesten, leger ansatt i kommunale tjenester som henviser til psykisk helsevern, samt pårørende og brukere. Det ble også gjennomført intervjuer av ledere og medlemmer i kontrollkommisjonene og ansatte hos statsforvalteren som har ansvar for å holde tilsyn med vedtak for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Personer med bruker- og pårørendeerfaring ble rekruttert via brukerorganisasjoner. Fire geografiske områder i ulike deler av landet ble valgt for å få geografisk spredning på informantene. Av disse var tre områder i tilknytting til store byer, mens ett område var mer ruralt. Totalt 26 av de 60 informantene fra 2018 deltok i oppfølgingsintervju i 2022–2023. Alle intervjuene ble gjennomført fysisk unntatt ett digitalt.

## Analysemetode

Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som ble transkribert. I tillegg ble det gjort grundige notater i forbindelse med hvert oppfølgingsintervju. Analysemetode var inspirert av tematisk innholdsanalyse, med hovedvekt på såkalt manifest innholdsanalyse, der innholdet i intervjuene ble strukturert rundt hva informantene eksplisitt svarte på de spørsmålene i oppdraget fra utvalget. Ved noen anledninger ble også det latente innholdet betont, ved at for eksempel enkelte temaer eller aspekter ikke nevnes eller at temaer vinkles på en bestemt måte. Innenfor hvert av de fire spørsmålene ble ulike undertemaer identifisert.

# Registerdata-analyser

## Datagrunnlaget

Datagrunnlaget er pasientdata på episodenivå innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) fra psykisk helsevern for perioden 2015-2022. Fra 2019 har det skjedd et gradvis bytte av EPJ-system og modell for registrering og rapportering av data om bruk av tvang i psykisk helsevern. En ny rapporteringsstandard (Vedtaksmelding) for tvang som følger EPJ-standarden er utarbeidet av NPR. Den nye rapporteringsstandarden er ikke tatt i bruk av alle, slik at tvang i psykisk helsevern rapporteres på to ulike format også for aktivitetsåret 2022.

Informasjon om legevaktkontakter er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2.halvår 2016-2022. Legevakt er i dette arbeidet knyttet til kontakt før innleggelse for døgnbehandling, i forbindelse med selve innleggelsen og eventuell kontakt etter utskrivning fra døgnbehandling.

Beskrivelser av status før lovendringene trådte i kraft er basert på statistikk over innleggelser i 2015-2016 og utskrivninger i 2016. Pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre i behandling i psykisk helsevern er populasjonen som ligger til grunn for pasientstatistikken som presenteres.

## Pasientopphold

Et pasientopphold er en sammenhengende døgnbehandling for en pasient. Døgnopphold ved ulike behandlingsenheter som avløser hverandre, knyttes sammen til et pasientopphold. Den første døgnepisoden markerer starten på pasientoppholdet og informasjon om henvisningsformalitet og hastegrad (øyeblikkelig hjelp) gir informasjon om hvilken type innleggelse dette dreier seg om. Henvisningsformalitet tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern initierer ett nytt pasientopphold. Den siste episoden gir informasjon om eventuell avslutning av pasientoppholdet og dersom pasienten er utskrevet kan utskrivningsdiagnose og varigheten av døgnbehandlingen hentes fra pasientoppholdet. Dersom pasientoppholdet ikke er avsluttet, bidrar ikke oppholdet inn i beregninger av varighet av døgnbehandlingen.  Pasientopphold som analyseenhet er uavhengig av hvordan tjenestene er organisert og brukes blant annet for å belyse hvordan bruken av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten fordeler seg geografisk.

Innleggelsene klassifiseres i henhold til informasjonen vi har om de første dagene i døgnbehandlingen.  Innleggelser med hastegrad *øyeblikkelig hjelp (behov for helsehjelp innen 24 timer)* klassifiseres som *øyeblikkelig hjelp-innleggelser*. Poliklinisk kontakt med hastegrad øyeblikkelig hjelp på samme dag som innleggelsen, tolkes som en øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Når det ikke er knyttet en henvisning til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til øyeblikkelig hjelp-innleggelses anses den som en frivillig øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Innleggelser med henvisningsformalitet tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten at det fattes vedtak om tvungent vern klassifiseres som *ikke-etablering av tvungent vern*. Fattes det vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern klassifiseres det som tvangsinnleggelser. Blant tvangsinnleggelsene skiller vi mellom følgende grupper: Fattes det vedtak om tvungen observasjon uten etterfølgende tvungent psykisk helsevern

klassifiseres dette som vedtak om *tvungen observasjon (TO)*. Dette er innleggelser hvis varighet er bestemt av observasjonstidens øvre grense. Når det i observasjonsperioden etableres vedtak om tvungent psykisk helsevern (*TO med TPH*) øker lengden av oppholdene og innleggelsene grupperes ofte sammen med innleggelsene som innledes med vedtak om *tvungent psykisk helsevern (TPH)*. For mange innleggelser med TPH avsluttes det tvungne vernet ved utskrivning, mens det for andre videreføres som *tvungent psykisk helsevern uten døgn* (TUD). Varigheten av døgnbehandlingen er forskjellig for de ulike innleggelsene. Frivillige akuttinnleggelser er kortere enn tvangsinnleggelser og de lengste døgnbehandlingene har pasienter med vedtak om TPH. Døgnbehandlingen er kortere når behandlingen i psykisk helsevern videreføres som TUD sammenlignet med døgnbehandling hvor TPH avsluttes ved utskrivning. Varigheten av døgnbehandlingen etter type innleggelse beregnes for utskrivninger fra og med 2016.

### Forløp før innleggelse og etter utskrivning fra døgnbehandling

Legevaktkontakt er knyttet til perioden før innleggelse for døgnbehandling og i forbindelse med selve innleggelsen. Ulike forløp etter utskrivning er av interesse. Dersom utskrivningen etterfølges av et *akuttforløp* er det viktig å kjenne til omfanget av for de ulike døgnbehandlingene. Et akuttforløp er her definert ved minst en kontakt med legevakt, en øyeblikkelig hjelp-innleggelse eller en tvangsinnleggelse i løpet av et gitt tidsrom etter utskrivning. Forløp etter utskrivning er også beskrevet ved ny innleggelse, poliklinisk kontakt eller ingen kontakt med tjenesten. Indikatorer basert på forløp før og etter utskrivning er knyttet til alle relevante innleggelser/utskrivninger hvor forløp i valgte tidsperioden kan observeres for pasientene som inngår. Pasienter med dato for død i observasjonsperioden er unntatt beregningene, mens samtidige innleggelser ved andre sektorer ikke er hensyntatt.

### Pasientperspektivet

Pasienter i behandling i psykisk helsevern har ofte behandlingsforløp som pågår over flere år. Når årsstatistikk for flere år på rad sammenlignes, vil mange av de samme pasientene inngå i flere av årgangene. Dette skaper en avhengighet i pasientstatistikk og aktivitetsstatistikk generelt. Kartlegging av hvorvidt pasientene har flere innleggelser før og etter lovendringene i 2017 er derfor belyst ved å velge pasienter med innleggelse i 2015 og kartlegge pasientenes ulike typer innleggelser i løpet av ett år etter første opphold i 2015. Tilsvarende er gjort for pasienter i 2021 og resultatene for hhv 2015 og 2021 vil være basert på unike individer. I alt 16 % av pasientene inngår i begge årgangene.

### Rusmiddelbruk og alvorlig psykisk lidelse

Rusmiddelbruk kan ha betydning for pasientens funksjonsnivå og mulighetene for å nyttiggjøre seg behandlingen rettet mot den psykiske lidelsen. Rusmiddelbruk kan påvirker pasientens adferd og opplevelse av behandlingstilbudet samt på lengre sikt øke sannsynligheten for somatiske lidelser og tidlig død. Pasienter med rusproblematikk gjenfinnes i betydelig grad blant øyeblikkelig hjelp-innleggelsene og har i større grad reinnleggelser sammenlignet med pasienter uten rusproblematikk. Rusproblematikk blant pasienter i behandling i psykisk helsevern identifiseres ved rusdiagnose (ICD-10 F10-F19) når et rusmiddelproblem er utredet. I mange tilfeller vil rusmiddelbruk ikke være hovedårsaken til helsehjelpen som ytes, det kan være tidsknapphet i akuttmottaket med hensyn til å gjøre en utredning eller det kan være mangel på ruskompetanse. Identifisering av pasienter med betydelig rusmiddelbruk ved bruk av rusdiagnose vil sannsynligvis underestimere omfanget av denne pasientgruppen i pasientdata fra psykisk helsevern (Andersson et al., 2021).

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

**Utgitt**

15. juni 2023

**Utgitt av**

Ekspertutvalg om samtykkekompetanse

**E-post**
samtykkeutvalget@helsedir.no

**Forsidefoto**

@gettyimages