



Uio • Universitetet i Oslo

# Frivillige innleggelser i psykisk helsevern og manglende samtykkekompetanse

*Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved  
akuttpsykiatrisk mottak, Oslo Universitetssykehus,  
Ullevål*

Skrevet av Benjamin Guddal, Kristine Espegren Gustad, Helene Sikveland, Julie Stabursvik, Magnus Dahl Årvik

Prosjektoppgave i kunnskapshåndtering,  
ledelse og kvalitetsforbedring

Institutt for helse og samfunn,  
Det medisinske fakultet

November 2019

**© Benjamin Guddal, Kristine Espegren Gustad, Helene Sikveland, Julie Stabursvik,  
Magnus Dahl Årvik**

**2019**

*Frivillige innleggelse i psykisk helsevern og manglende samtykkekompetanse; Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved akuttpsykiatrisk mottak, Oslo Universitetssykehus, Ullevål*

<http://www.duo.uio.no/>

# Sammendrag

## **Problemstilling:**

Mange pasienter med manglende samtykkekompetanse for psykisk helsehjelp blir i dag innlagt frivillig i akuttpsykiatrien, selv om samtykkekompetanse er en forutsetning for frivillighet. Dette er problematisk da lovverket forbyr konvertering fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. I praksis fører dette til at pasienter må utskrives og reinnlegges med ny vurdering av en uavhengig instans, noe som er belastende for pasient og helsevesen. Vår problemstilling er: *Hvordan forhindre at pasienter som ikke er samtykkekompetente for psykisk helsehjelp legges inn under frivillig psykisk helsevern?*

## **Kunnskapsgrunnlag:**

Psykisk Helsevernloven kapittel 3 slår fast at pasienter med manglende samtykkekompetanse ikke kan legges inn til frivillig behandling. Det finnes lite evidens som støtter lovteksten, og det eksisterer også lite kunnskap om effekten av tvang. Det er imidlertid god evidens for spørsmål rettet mot forståelse, anerkjennelse, resonnering og valg (FARV) som kartleggingsverktøy for vurdering av samtykkekompetanse.

## **Tiltak og kvalitetsindikatorer:**

Målet er å redusere antallet konverteringer fra frivillig til tvungent psykisk helsevern ved Akuttpsykiatrisk mottak på Ullevål sykehus med 50% på 6 måneder. Dette skal gjøres ved å innføre standardisert telefonveiledning for vurdering av samtykkekompetanse mellom vakthavende lege ved akuttpsykiatrisk avdeling ved OUS og innleggende lege. Et flytskjema som fremstiller denne telefonveiledningen skjematisk henges opp på vaktrommet i akuttpsykiatrisk mottak. I tillegg legges det en strofe inn i det eksisterende “ny pasient”-skjemaet som sjekker om flytskjemaet er benyttet. Til sist skal IKT-ansvarlig utarbeide et e-læringskurs som demonstrerer hvordan samtalen foretas i praksis. Indikatorene er antall konverteringer (resultatindikator) og hvorvidt tiltakene gjennomføres (prosessindikator).

## **Ledelse og organisering:**

Ledelsen og ansvaret skal ligge hos akuttpsykiatrisk avd., OUS Ullevål. Prosjektgruppen vil bestå av LIS i psykiatri, studentrepresentanter (oss), IKT-ansvarlig og representant fra legevakten i Storgata. Prosjektet skal struktureres ved hjelp av PUKK-modellen (Planlegge, Utføre, Korrigere og Kontrollere) med 2-ukers innføring, deretter ukentlig gjennomgang av valgte indikatorer. Prosjektgruppen møtes for vurdering etter én og seks måneder.

## **Konklusjon:**

Telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse er et lite ressurskrevende tiltak som enkelt kan gjennomføres. Prosjektet vil forhåpentligvis føre til økt pasientsikkerhet, mer korrekt bruk av tvangsinnleggelser og mindre ressursbruk i helsevesenet.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>5</b>
1.1	Begrepsavklaring .....	5
1.2	Bakgrunn .....	5
1.3	Problemstilling.....	8
<b>2</b>	<b>Kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>10</b>
2.1	Juridisk kunnskapsgrunnlag .....	10
2.1.1	Pasient- og brukerrettighetsloven .....	10
2.1.2	Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven .....	10
2.1.3	Psykisk helsevernloven .....	11
2.2	Medisinsk og etisk kunnskapsgrunnlag .....	12
2.2.1	Medisinsk- etisk kunnskapsgrunnlag .....	13
2.2.2	Medisinske verktøy til vurdering av samtykkekompetanse.....	14
2.3	Generell vurdering av kunnskapsgrunnlaget .....	15
<b>3</b>	<b>Dagens praksis, tiltak og indikator .....</b>	<b>16</b>
3.1	Klinisk mikrosystem og dagens praksis.....	16
3.2	Valg av kvalitetsindikator.....	18
<b>4</b>	<b>Prosess, ledelse og organisering .....</b>	<b>20</b>
4.1	PUKK-modellen.....	20
4.1.1	Planlegging (Plan).....	21
4.1.2	Utfør (Do).....	22
4.1.3	Kontroller (Study).....	23
4.1.4	Korriger (Act).....	23
4.2	Forventet motstand .....	24
<b>5</b>	<b>Diskusjon/konklusjon.....</b>	<b>26</b>
	Litteraturliste .....	27

# 1 Introduksjon

## 1.1 Begrepsavklaring

Med *farekriteriet* menes betingelsen om at en pasient er til fare for eget liv, eller andres liv og helse. Dette er et vilkår som brukes gjentatte ganger i psykisk helsevernloven, blant annet som det eneste unntaket for å kunne konvertere noen fra en frivillig til en tvungen innleggelse i psykisk helsevern.

Ordet *konvertering* blir noen steder i teksten brukt både om den lovmessige konverteringen fra frivillig til tvungent psykisk helsevern ved hjelp av farekriteriet, men også om det å skrive en pasient ut fra frivillig psykisk helsevern med den intensjon at pasienten snarlig skal legges inn igjen på tvungent psykisk helsevern. Det førstnevnte blir i teksten omtalt som direkte konvertering.

Begrepet *samtykkekompetanse* og *samtykkekompetent* benyttes gjennomgående i denne oppgaven, og det presiseres at det med dette menes samtykkekompetanse for aktuell problemstilling. I dette tilfelle er det samtykkekompetanse for aktuell innleggelse i psykisk helsevern det handler om.

## 1.2 Bakgrunn

I 2018 var det 2387 utskrivelser fra Akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus, OUS (1). Disse pasientene hadde vært innlagt under enten frivillig eller tvungent psykisk helsevern. Frivillig psykisk helsevern er hovedregelen for innleggelser, og Helsedirektoratet har uttalt at *“Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet”* (2). I psykisk helsevernloven § 2-1 slås det fast at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke med mindre annet følger av lovteksten (3). Pasient og brukerrettighetsloven §4-1 beskriver også at helsehjelp som hovedregelen skal gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger annen lov eller rettsgrunnlag for å unnvike fra dette. Et av unntaket som beskrives finner vi i pasient og brukerrettighetsloven §4-3, der det fastslås 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”. §4-3 sier også at dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, samt har en alvorlig sinnslidelse, kan undersøkelse og behandling av den psykiske lidelsen kun skje med hjemmel i kapittel 3

av psykisk helsevernloven (PHVL) (4). Kapittelet det vises til omhandler tvungent psykisk helsevern. Ut fra lovteksten vil det dermed ikke være tillat å behandle pasienter under frivillig psykisk helsevern dersom de mangler samtykkekompetanse. Disse pasientene må derfor legges inn under en tvangsparagraf dersom innleggelse er aktuelt.

For å kunne bruke tvang i psykisk helsevern er det imidlertid flere kriterier som må være oppfylt. Vilklårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern finner vi i §3-3 i psykisk helsevernloven. Det stilles krav om at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og må innlegges for å hindre at muligheter for forbedring reduseres/tilstanden forverres *eller* for å hindre at pasienten utgjør en fare for sitt eget liv eller andres liv eller helse. Det er også et kriterie at to leger fra uavhengige institusjoner har undersøkt pasienten og konkludert med at kravene for tvunget psykisk helsevern er oppfylt (5). I tillegg til det tydelige kriteriet om manglende samtykkekompetanse, stilles det krav til at frivillighet har vært forsøkt eller er åpenbart formålsløst, men dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse følger det at frivillighet vil være formålsløst å forsøke (6).

Ut fra lovteksten ser vi altså at dersom en person med manglende samtykkekompetanse legges inn for frivillig psykisk helsevern, er dette en innleggelse som ikke er i tråd med regelverket. Dersom en slik innleggelse forekommer, kan man imidlertid ikke uten videre gjøre innleggelsen om til tvungent psykisk helsevern, selv om alle andre kriterier er oppfylt. Den ene årsaken til dette er at det da ikke vil være to leger fra uavhengige institusjoner som har vurdert om pasienten oppfyller alle kriteriene for bruk av tvang. Den andre årsaken er at Psykisk helsevernlovens §3-4 beskriver et forbud mot å direkte overføre en pasient fra frivillig til tvungent psykisk helsevern, med mindre pasienten utgjør alvorlig fare for eget eller andres liv og helse (5). I praksis innebærer dette konverteringsforbudet at ikke-samtykkekompetente pasienter må skrives ut fra en frivillig innleggelse før tvangsvernet kan etableres, med mindre de oppfyller farekriteriet. Utskrivelsen må gi pasienten en reell anledning til å forlate institusjonen. Kravet vil kunne være oppfylt dersom pasienten velger å forlate institusjon med pårørende, som dermed velger å ta dem med tilbake til legevakta for ny innleggelse, men det vil ikke være oppfylt dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen. Uansett om pasienten velger å forlate institusjonen eller ikke, må en lege uavhengig av institusjonen pasienten skal legges inn ved, undersøke pasienten på nytt før etablering av tvungent psykisk helsevern eventuelt kan etableres. Dersom farevilkåret ikke er oppfylt, men pasienten fortsatt har en alvorlig sinnslidelse som er behandlingstrengende og

pasienten velger å forlate institusjonen, oppfordrer Helsedirektoratet utskrivende lege til å gi telefonisk beskjed til fastlege, bydel, og andre som kan ta vare på pasienten og eventuelt sørge for en ny snarlig innleggelse (6).

I helsepersonelloven §4, samt spesialisthelsetjenesteloven §2-2, er det beskrevet at helsepersonell har plikt til å yte faglig forsvarlig helsehjelp. I dette ligger både etikk, faglige normer, men også et krav om å følge helselovgivningen. Unntaket som ligger i farekriteriet ved konverteringsregelen er ment å dekke muligheten for å gi faglig forsvarlig helsehjelp ved å konvertere i tilfellene der det er absolutt nødvendig. Om det er andre tilfeller der det hadde vært en fordel om loven lettere tillot konvertering til tvungent psykisk helsevern, har vært diskutert i fagmiljøet (6). I 2017 ble det registrert 26 888 døgnopphold i psykiatrien i Norge. 7 704 av disse var tvangsinnleggelse fordelt på 5 550 pasienter (7). Det er uklart hvor mange av de frivillige innleggelsene som ble direkte konvertert til tvungent psykisk helsevern, men disse representerer sannsynligvis bare et fåtall ettersom det krever at det juridiske farekriteriet er oppfylt. Pasienter som først har blitt innlagt frivillig, for så å bli skrevet ut, og deretter reinnlagt under tvungent psykisk helsevern kort tid etter utgjør en bekymring med tanke på både juridiske, faglige og etiske momenter.

Det er viktig at helsepersonell som jobber innen psykisk helsevern alltid vurderer om pasienten er samtykkekompetent, for å sørge for at innleggelsen er i tråd med lovverket, men også for å unngå unødig ressursbruk og belastning, samt sikre pårørende en lovmessig rett til informasjon og medvirkning dersom samtykkekompetanse ikke foreligger (8). Når en som yter helsehjelp skal gjøre en samtykkekompetansevurdering, vil dette alltid innebære overveielser som er basert på skjønn. For å veilede helsepersonell i vurderingen, har helsedirektoratet utdypet hva som ligger bak lovteksten i et rundskriv med kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven (9). De beskriver fire hovedområder med evner som pasienten må besitte for å kunne vurderes som samtykkekompetent for den aktuelle helsehjelpen; evnen til å forstå relevant informasjon, til å anerkjenne informasjonen i egen situasjon, til å resonnerer og til å uttrykke et valg. Helsedirektoratet gir i sitt rundskriv eksempler på aktuelle spørsmål man kan stille i vurderingen av samtykkekompetanse, for å vurdere om pasienten innehar disse evnene. De foreslår spørsmål som; ”Hva tenker du om din tilstand?”, ”Hva tror du vil skje med deg hvis du sier ja til denne behandlingen?”, ”Hvordan vurderer du forlempene opp mot ulempene ved behandlingen?” og ”Hva ønsker du å gjøre?”. Helsedirektoratet har også, ved hjelp fra Senter for medisinsk etikk ved UiO, laget et e-

læringsprogram for helsepersonell med innføring i reglene rundt samtykkekompetansevurdering som er tilgjengelig på deres nettsider (10).

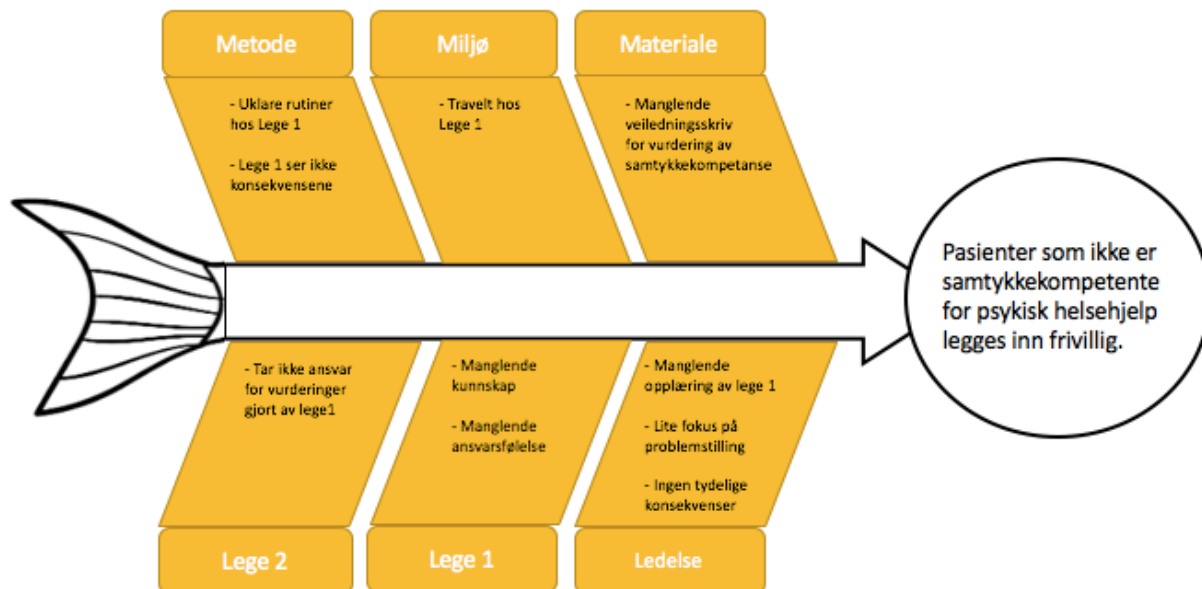
### 1.3 Problemstilling

Vår oppmerksomhet ble rettet mot problemet med frivillige innleggelser av pasienter med manglende samtykkekompetanse for psykisk helsehjelp, da en av gruppens medlemmer arbeidet ved Akuttpsykiatrisk mottak ved Ullevål sykehus sommeren 2019. I løpet av en to måneders arbeidsperiode ble flere av pasientene som først var lagt inn til frivillig psykisk helsevern, utskrevet til en ny vurdering av samtykkekompetanse. Deretter ble pasienten søkt innlagt til tvungent psykisk helsevern. Dette ble grunnlaget for problemstillingen; *“Hvordan forhindre at pasienter som ikke er samtykkekompetente for psykisk helsehjelp legges inn under frivillig psykisk helsevern?”*. Dette er et vanskelig juridisk og faglig spørsmål, som krever samspill mellom lovverk, klinisk praksis og etiske overveielser.

Vårt mål med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er at flere pasienter skal legges inn korrekt fra starten av, slik at man slipper unødig bruk av direkte konvertering eller en ny runde med undersøkelse og innleggelse til tvungent psykisk helsevern for å sikre at innleggelsene er i tråd med lovverket. Utskrivelse og ny innleggelse oppleves ofte som en belastning for pasient og pårørende, og utgjør en risiko for forsinkelse i behandling eller at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp. Feilaktige innleggelser innebærer også at pasientens pårørende ikke får rett til informasjon og medvirkning fra starten av forløpet, og at kontrollkommisjonen, som sørger for pasientens rettssikkerhet, ikke blir involvert like tidlig i prosessen.

For å kunne forhindre at pasienter uten samtykkekompetanse blir feilaktig innlagt, er det viktig å vurdere ulike årsaker til problemet. Mulige grunner er beskrevet i fiskebensdiagrammet under (figur 1). Momenter som går igjen er manglende kunnskap, veiledning og opplæring av innleggende lege (Lege 1). Mangel på tid er også nevnt som en mulig faktor. Det er ikke vanskelig å se for seg at mangel på kunnskap om innleggelser og samtykkekompetansevurdering, kombinert med dårlig tid og mangel på konsekvenser for innleggende lege, kan føre til uriktige innleggelser i psykisk helsevern. Disse årsakene tas med videre i forslag til løsninger på problemstillingen som presenteres i kapittel 3.





Figur 1 - Fiskebeinsdiagram

## 2 Kunnskapsgrunnlag

Siden det er en sammensatt problemstilling med elementer fra juss, medisin og etikk, har vi delt inn kunnskapsgrunnlaget i et juridisk og et medisinsk-etisk.

### 2.1 Juridisk kunnskapsgrunnlag

Norge var tidlig ute med et lovverk som beskrev hvordan psykisk sykdom skulle håndteres i samfunnet og helsevesenet. Psykiateren Herman Wedel Major arbeidet hardt for dette og fikk i 1848 vedtatt *Lov om sinnssykes behandling og forpleining* (11). Denne har blitt endret flere ganger siden, sist i 2017 da kravet om manglende samtykkekompetanse ved tvungen behandling i psykiatrien ble tydeliggjort (12). De neste avsnittene legger vekt på hovedpunktene i lovverket som omhandler psykisk helsevern for voksne.

#### 2.1.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Hovedregelen i Norge er at all helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått informasjon som er relevant for å kunne ta avgjørelsen om samtykke (§4-1). Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende, altså at det etter omstendighetene og pasientens handlemåte er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen (§4-2). Alle personer over 18 år har i utgangspunktet samtykkekompetanse med mindre de er underlagt vergemål eller annen særlig lovbestemmelse. Samtykkekompetansen kan også bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter (§4-3) (4).

#### 2.1.2 Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven

Som nevnt i punkt 2.1.1, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det er likevel ikke presisert i lovteksten hva dette vil si i praksis og hvordan man best kan vurdere om en pasient er samtykkekompetent. Derfor har helsedirektoratet utarbeidet et skriv med kommentarer til pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4. Siden en pasient *åpenbart* ikke kan være i stand til å forstå hva samtykke omfatter, er beviskravet svært høyt. Derfor skal en eventuell tvil komme pasienten til gode, og selv om pasienten skulle ha redusert evne til å forstå, skal han eller hun fortsatt vurderes som samtykkekompetent. Det er også viktig å vurdere samtykkekompetanse konkret i forhold til den aktuelle helsehjelpen. En person kan være samtykkekompetent på et område, men samtidig ikke samtykkekompetent på et annet. Siden

vurdering av samtykkekompetanse er såpass krevende, er det utarbeidet flere verktøy som kan fungere som et supplement i helhetsvurderingen. Disse bygger i hovedsak på følgende fire hovedområder:

1. Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
2. Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon.
3. Evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene.
4. Evnen til å uttrykke et valg.

Disse fire punktene blir ofte forkortet til FARV (Forstå, Anerkjenn, Resonnere, Velge) (9).

### **2.1.3 Psykisk helsevernloven**

I likhet med §4-1 i pasient- og brukerrettighetsloven, er hovedregelen at psykisk helsevern bare ytes på bakgrunn av samtykke med mindre andre tilfeller er beskrevet i loven (§2-1).

Disse andre tilfellene følger i kapittel 3 (neste avsnitt). Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt pasienten. Hvis pasienten motsetter seg, kan tvungen undersøkelse gjennomføres (§3-1).

Dersom opplysninger fra legeundersøkelsen gir grunnlag for det og følgende vilkår er oppfylt, kan pasienten legges inn under tvungen observasjon (§3-2):

1. Frivillighet har vært forsøkt eller er åpenbart formålsløst å forsøke.
2. Pasienten er undersøkt av to uavhengige leger.
3. Pasienten mangler samtykkekompetanse. Dette punktet gjelder ikke ved nærliggende fare for eget eller andres liv og helse.
4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 nr. 3.
5. Institusjonen vedkommende legges inn på er i stand til å tilby tilfredsstillende omsorg og behandling.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg.
7. Selv om overnevnte punkter er oppfylt, kan tvungen observasjon bare finne sted dersom en helhetsvurdering tilsier at det er den beste løsningen for vedkommende.

Tvungen observasjon kan bare vare i 10 dager. I særskilte tilfeller kan den utvides med 10 dager. Dersom vilkårene i §3-3 nr. 3 er oppfylt, kan pasienten overføres fra tvungen observasjon til tvungent psykisk helsevern (§3-3). Vilrårene i §3-3 nr. 3 er følgende:

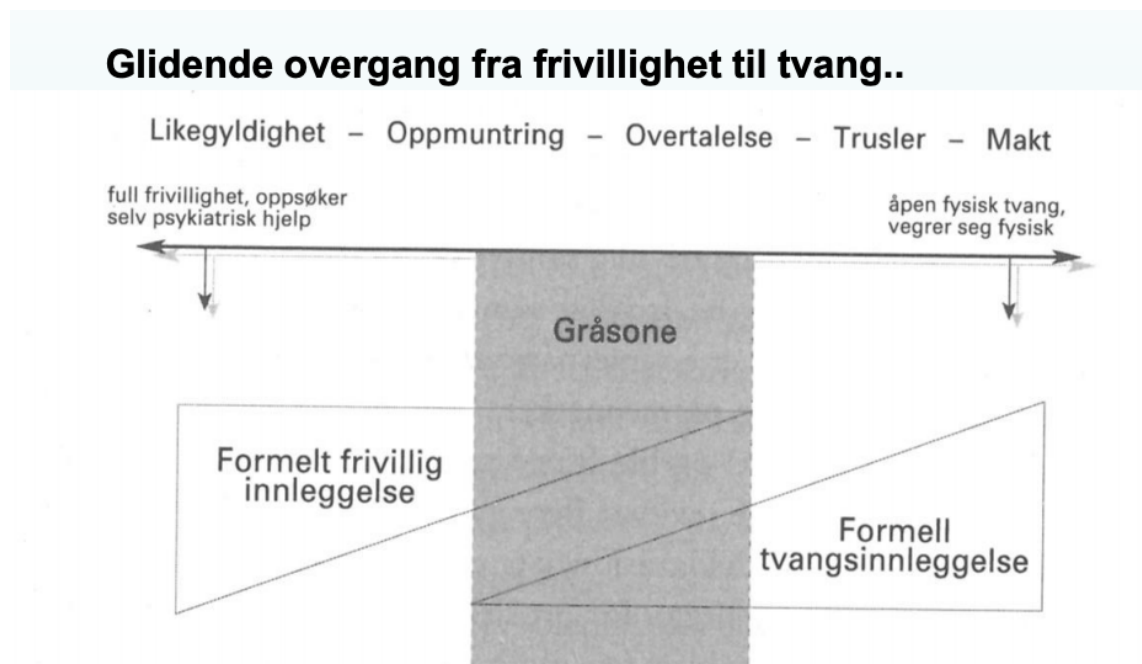
Pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten:

- a) Bli verre av sin sykdom eller ikke får den bedringen som man vil forvente av behandling, eller
- b) Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse.

Hvis en pasient er frivillig innlagt, kan han eller hun ikke overføres til tvungent psykisk helsevern. Det eneste unntaket er hvis en eventuell utskrivelse innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse (§3-4) (5).

## 2.2 Medisinsk og etisk kunnskapsgrunnlag

Lovgiver overlater altså til helsepersonell å vurdere om behandling under tvang er mer gunstig enn ugunstig når pasienten mangler samtykkekompetanse. Det er et stort ansvar og krever kompetent begrunnelse, særlig i gråsonen, som illustrert nedenfor i illustrasjon fra ”Lærebok i rettpsikiatri” av Georg Høyner og Odd Steffen Dalgard:



Loven er tydelig på rett og galt. Som helsepersonell ønsker vi likevel å kunne begrunne et slikt behandlingsvalg ut ifra medisinskfaglig evidens. Vi har derfor gjort et litteratursøk for oppdatert kunnskap knyttet til problemstillingen.

### 2.2.1 Medisinsk- etisk kunnskapsgrunnlag

Spørsmålet vi forsøker å besvare, er hvorfor en pasient ikke kan være innlagt til frivillig opphold, hvis hen mangler samtykkekompetanse. Hvis dette er faglig uforvarselig, burde man kunne finne dokumentasjon på at det er ugunstig for liv og helse for ikke-samtykkekompetente pasienter å legges inn frivillig. Et slikt spørsmål finnes det dessverre ikke forskning på, da det etter loven ikke skal forekomme. En annen side av samme problemstilling blir hvorfor ikke-samtykkekompetente pasienter må legges inn på tvang. Det burde man kunne besvare ut ifra en dokumentert god effekt av tvang, særlig ved manglende samtykkekompetanse.

23.september 2019 kl 16.40 ble det utført et pyramidesøk via Helsebiblioteket.no. Først ble det forsøkt med de norske begrepene ”tvang”, ”tvunget helsevern” og ”tvangsinnleggelse” som ikke ga noen funn. Videre søkte vi med de engelske begrepene, hentet fra det nasjonale nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge, Tvangsforsk (13). Da søkte vi med ordene ”compulsory”, ”mandatory” og ”involuntary”, også uten relevante funn. Et søk på begrepet ”Coercion” ga to mulig relevante artikler i EBM guidelines, men med titlene ”encountering a violent or threatening patient” og ”involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, ble det tydelig at dette ikke var noe som kan anvendes i vår oppgave. Til slutt ble det forsøkt å finne relevante artikler i UpToDate ved å manuelt gå gjennom kapittelet deres for ”Psychiatry”, hvor det ble funnet en oversiktsartikkel om vurdering av samtykkekompetanse (14).

Medisinsk etikk er et felt som spesielt tar for seg vanskelige spørsmål knyttet til pasientbehandling, hvor forskningen ikke gir oss det fulle svaret (15). Samtykkekompetanse og behandling av mennesker med alvorlige sinnslidelser, er et stort felt i medisinsk etikk. Medisinske etikere er også ofte involvert som beslutningsstøtte i juridiske tolkninger av lovteksten. For å være sikker på å ikke overse noe, eventuelt få en pekepinn på nyere forskning som ikke er offentliggjort, tok vi kontakt med de lektorene og professorene som har undervist oss i etikk, samtykkekompetanse og bruk av psykisk helsevernloven, Per Nordtvedt, Reidar Pedersen og Tonje Lossius Husum. De bekreftet at det foreligger lite evidens. Det finnes gode studier av tvang uten døgnopphold, der det ikke dokumenteres effekt som kan

forsvare tvangsbruken. Det samme gjelder tvangsmedisinering (16), som er relevant da begrunnelsen for tvangsinnleggelse ofte er å skape ramme for andre tvangstiltak.

### **2.2.2 Medisinske verktøy til vurdering av samtykkekompetanse**

De fleste studiene som omhandler samtykkekompetanse refererer til boken “Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice”. Forfatterne er en lege, en advokat og en sosialviter og boken ble først gitt ut i 1987. Den tar for seg hvordan helsepersonell skal vurdere og håndtere samtykkekompetanse og danner det etiske og juridiske grunnlaget for vurdering av samtykkekompetanse i den moderne medisinen (17).

I den internasjonale litteraturen er det beskrevet flere scoringsverktøy som er utviklet for vurdering av samtykkekompetanse. Noen av disse er Mini Mental Status Evaluation (MMSE), The Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI), The MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) og Aid to Capacity Evaluation (ACE) (18, 19, 20, 21, 22, 23).

MMSE blir i Norge i dag hovedsakelig brukt i diagnostikk og oppfølging av kognitiv svikt, som for eksempel ved demens og Alzheimers sykdom. Det er en relativt enkel test å gjennomføre, men resultatene er avhengig av blant annet pasientens utdanning, komorbiditeter og hvem som utfører testen. Den generelle konsensusen er at selv om en pasient er kognitivt svekket, har han eller hun ikke nødvendigvis redusert samtykkekompetanse. MMSE er derfor ikke regnet som et godt verktøy for å vurdere samtykkekompetanse selv om en lav MMSE øker sannsynligheten for at pasienten mangler samtykkekompetanse (18).

CCTI ble utviklet for å evaluere samtykkekompetanse hos pasienter med Alzheimers sykdom. Testen tar ca. 25 minutter og bruker to standard kliniske eksempler (kreftsykdom og hjertesykdom) for å vurdere fem områder hos pasienten: Even til å 1) innse at man har et valg, 2) ta et fornuftig valg, 3) anerkjenne konsekvensene av valget, 4) begrunne valget og 5) forstå konsekvensene av behandlingen. Ulempen med CCTI er at den bruker eksempler som pasienten skal ta stilling til, i motsetning til en mer åpen og fri samtale. Dette kan potensielt føre til misforståelser og at vurderingene blir tatt på feil grunnlag (19, 20).

MacCAT-T er i utlandet ansett for å være gullstandarden i vurderingen av samtykkekompetanse. I denne evalueringen brukes et semistrukturert intervju med pasienten. Manualen er basert på åtte år med studier av pasienter med kognitiv svekkelse eller psykiatriske lidelser. Pasienten får spørsmål om sin lidelse og ulike behandlingsalternativer, og skal ut i fra dette vurderes på evnen til å forstå, anerkjenne, resonnere og til å ta et valg. I motsetning til CCTI bruker MacCAT-T pasientens egen diagnose og behandlingsalternativer, noe som kan være enklere for pasienten å forstå og ta stilling til. MacCAT-T er også validert hos pasienter med schizofreni og schizoaffektive lidelser (21).

ACE er en enklere versjon av MacCAT-T som er designet for bruk i klinisk sammenheng og tar bare 5-10 minutter å gjennomføre. ACE er også oversatt til norsk og tilpasset bruk i Norge, noe MacCAT-T ikke enda har blitt. Validiteten og reliabiliteten har blitt testet ut i en studie og har så langt vist seg å være god (22). Testen består av 8 spørsmål som tar for seg om pasienten har evne til å forstå det medisinske problemet, behandlingen, alternativer til behandlingen, muligheten til å nekte behandling, evnen til å anerkjenne konsekvensene og om pasienten i øyeblikket er påvirket av psykose eller depresjon (23).

Verktøyene nevnt i avsnittene over danner sammen med lovverk, dommer i rettssystemet og etiske refleksjoner grunnlaget for at vi bruker FARV som hjelpemiddel i samtykkevurderinger i Norge i dag.

### **2.3 Generell vurdering av kunnskapsgrunnlaget**

Litteratursøket avdekket at det foreligger svært lite relevant kunnskap. Det foreligger ikke forskning som støtter at ikke-samtykkekompetente som legges inn frivillig, har dårlig prognose eller behandlingsmessig utfall. Det som finnes av forskning på tvang, antyder at bruk av tvang er uhensiktsmessig i det lange løp. At det finnes lite forskning på tvang i psykiatri er synd, men forståelig da forskning på tvang er vanskelig gjennomførbart. Kliniske studier vil ha store seleksjonsproblemer, randomisering av tvang er ulovlig og potensielle studier hvor man sammenlikner praksis i ulike regioner er sårbare for case-mix, altså variasjon uten grunnlag i ulikheter i pasientsammensetningen (24).

Det kan være svært utfordrende å tolke lovteksten. På en side understreker den at samtykkekompetanse skal ligge til grunn for at frivillig behandling skal være gyldig, men

samtidig står det tydelig i andre deler av loven at frivillighet skal forsøkes først, noe som støttes av media, pasientforeninger og helsepersonells iboende holdning om å ”først og fremst ikke skade”. Dette har vi forståelse for, men vi mener lovteksten er tydelig på at frivillighet ikke er gyldig så lenge pasienten mangler samtykkekompetanse, og at dette trumfer prinsippene om frivillighet og ”ikke-skade”. Loven må være slik for å ivareta både individet og samfunnets rettigheter. Vi har grunn til å tro at det er en god lov, og at lovverket er velfungerende når brukt riktig. Det er slingringsrom og rom for tolkning tilpasset den enkelte situasjon og pasient, men det krever trygghet, god opplæring og evne til etisk vurdering av den som skal anvende den. Evidensen for tiltaket vi ønsker å innføre (FARV), er god.

### **3 Dagens praksis, tiltak og indikator**

#### **3.1 Klinisk mikrosystem og dagens praksis**

Vi ønsker å forandre praksis på Akuttpsykiatrisk mottak, Ullevål sykehus (AKPM). Det er flere årsaker til at vi har valgt å legge intervensjonsstedet her, selv om «problemet» skjer hos innleggende lege. Viktige årsaker er 1) at det er mindre legeturnover ved AKPM enn ved legevakten, hvilket betyr at det blir færre å lære opp, 2) AKPM har mer å vinne på korrekte innleggelser, hvilket betyr et større insentiv for å endre praksis, samt 3) at det finnes flere innleggende instanser enn legevakten, hvilket gjør at AKPM som intervensjonssted potensielt gir et større nedslagsfelt for forbedringsprosjektet. Et mulig fjerde aspekt ved å legge intervensjonen på mottakssiden, er at AKPM står i en posisjon hvor de kan «irettesette» innleggende lege dersom samtykkekompetansevurderingen ikke finner sted/gjennomføres galt, ved å sende pasienten i retur til den samme legen for en ny vurdering av samtykkekompetanse.

Før en innleggelse ved AKPM finner sted, har det alltid foregått en telefonsamtale mellom innleggende lege og vakthavende lege ved mottaket. Under denne samtalen benytter vakthavende en manual for “Ny pasient” (se vedlegg 1) hvor vakthavende blant annet fyller inn hvilken paragraf pasienten søkes innlagt til.

Per i dag operer AKPM med to ulike strategier for å hindre feilaktige innleggelser:

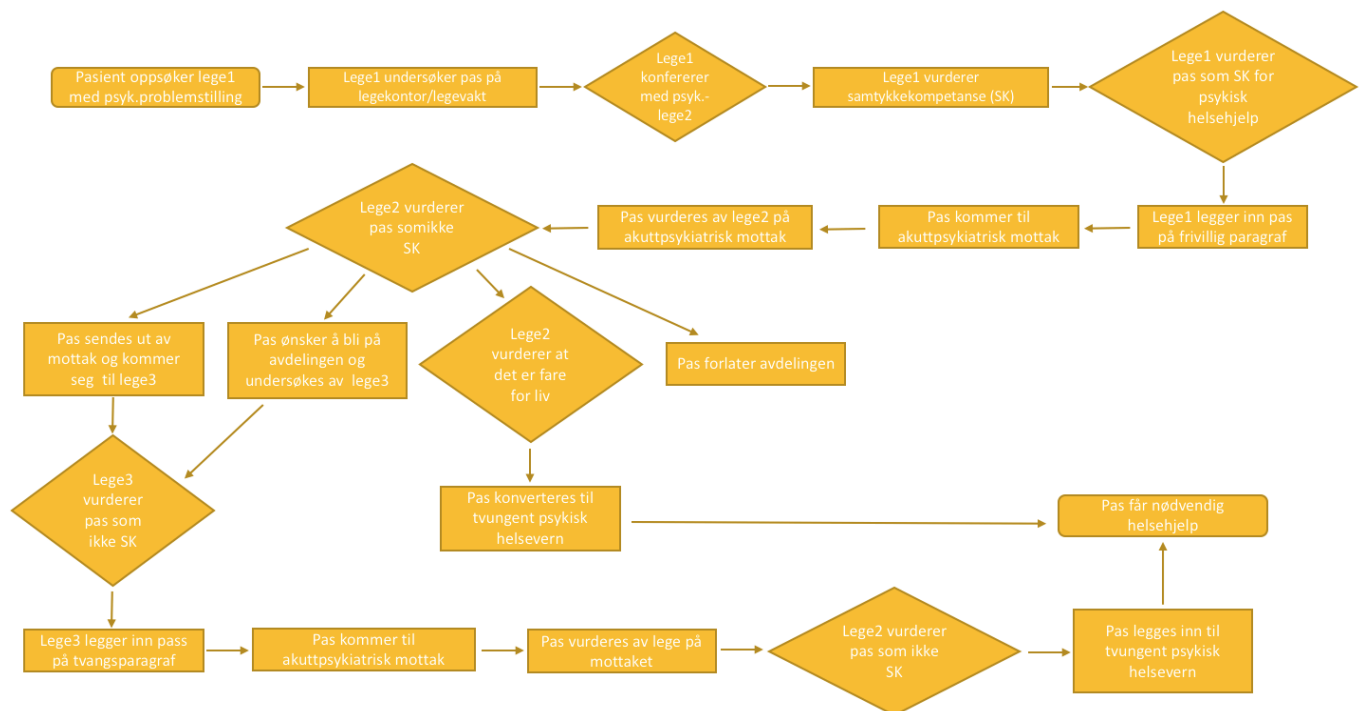
1) «Spesialist i front», og 2) opplæring av leger som skal gå vakt. «Spesialist i front» innebærer at det er en spesialist i psykiatri som bærer vakttelefonen på dagtid. AKPM ved



OUS er, i følge overlege Dieset, en av få avdelinger i landet som opererer med en slik praksis, og det har resultert i at det skjer få feilaktige innleggelser på dagtid. De feilaktige innleggelsene skjer derfor hovedsakelig på kveld og natt, hvor det er LIS'er og medisinstudenter med lisens som bærer vakttelefonen. For å forhindre dette, gjennomføres det en form for opplæring av alle som skal bære vakttelefonen. Hva som konkret inngår i denne opplæringen, er uklart.

Etter en gjennomgang og vurdering av dagens praksis, mener vi at AKPM kunne hatt glede av et kvalitetsforbedringsprosjekt med tanke på å redusere antallet frivillige innleggelser av pasienter med manglende samtykkekompetanse for psykisk helsehjelp. Overlegene ved AKPM, Ingrid Dieset og Sara Matre Grønn, har begge bekreftet problemet med feilaktige innleggelser av pasienter med manglende samtykkekompetanse for psykisk helsehjelp. De bekrefter at slike feilaktige innleggelser finner sted i stort omfang, men det konkrete og tallfestede omfanget er enda ikke fullstendig kartlagt. Det er allerede påbegynt en anonymisert nedtegnelse for å innhente slike data.

Figur 2 illustrerer de ulike håndteringsstrategiene som benyttes i dagens praksis, og som det fremkommer av figuren er det fire ulike alternativer; 1) pasienten skrives ut til en ny vurdering av samtykkekompetanse, 2) en uavhengig lege kommer til AKPM for å gjøre en ny vurdering av pasientens samtykke (benyttes lite i praksis), 3) pasienten konverteres pga. farekriteriet eller 4) pasienten forlater avdelingen.



Figur 2 – De ulike behandlingssløyferne som oppstår ved dagens praksis.

### 3.2 Valg av kvalitetsindikator

En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det området som måles. For at slike indikatorer skal være av høy kvalitet, forutsettes det at de er betydningsfulle (helsepolitisk, økonomisk, og klinisk), vitenskapelig dokumenterte (valide, reliable) og gjennomførbare (25). De deles vanligvis i 3 grupper avhengig av hvilke områder som måles; struktur, prosess eller resultat.

- *Strukturindikatorer* beskriver helsevesenets rammer og ressurser, alt fra kompetanse hos helsepersonell til tilgjengelighet av utstyr og fasiliteter.
- *Prosessindikatorer* beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp, f.eks. Forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon. De gir informasjon om i hvilken grad helsepersonell har utført bestemte prosedyrer i pasientforløpet.
- *Resultatindikatorer* belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, pasientens fysiske og-/eller psykiske reaksjon på sykdom, og hvorvidt pasienten er tilfreds med behandlingen eller ei (26).

Vi har valgt to kvalitetsindikatorer i vårt forbedringsprosjekt:

1. **Bruk av sjekklister for telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse (prosessindikator).**

Vi innfører følgende strofe i det allerede foreliggende “Ny pasient” - skjemaet: “Er sjekkliste for telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse benyttet? - JA/NEI/Ikke relevant”. Ved å telle antallet JA-kryss i sjekklister og sammenlikne det med det totale antallet innleggelse, får vi et direkte mål på om tiltaket faktisk gjennomføres. Hyppige skjema gjennomganger medfører lav arbeidsbelastning på den som har ansvaret for å telle, og vi anser derfor denne indikatoren som gjennomførbar.

## **2. Antallet konverteringer fra frivillig til tvungen psykisk helsevern (resultatindikator).**

Denne indikatoren belyser kjernen av problemet som ligger til grunn for forbedringsprosjektet. Den er av stor betydning både klinisk og økonomisk da en reduksjon vil spare både pasienter og helsepersonell for store og unødvendige behandlingssløyer (Se fig. 2). Gjennomførbarheten er også god, da det allerede er iverksatt en prosess ved AKPM for uthenting av data for antallet konverteringer.

## 4 Prosess, ledelse og organisering

### 4.1 PUKK-modellen

Vi har valgt å bruke Langley og Nolans PDSA/PUKK- modell for kvalitetsforbedring for å strukturere prosjektet, se illustrasjon nedenfor. Modellen er kanskje den mest brukte metoden for kvalitetsforbedring internasjonalt, og består av to deler, se illustrasjon.

Del 1 med tre grunnleggende spørsmål som stilles før man starter forbedringsarbeidet;

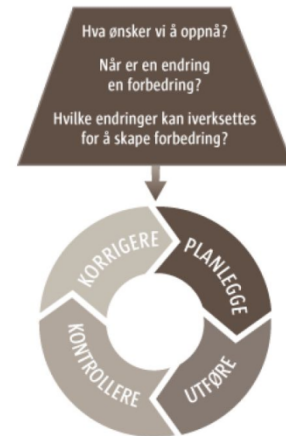
*Hva ønsker vi å oppnå? Når er en endring en forbedring? Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?*

Del 2 omfatter “forbedringssirkelen”, en problemløsningsmetode i fire faser -

*Planlegge, Utføre, Kontrollere, Korrigere.*

Det iverksettes utprøving av forbedringstiltak basert på svarene i del 1 ved å bruke trinnene i del 2 (27):

1. Hva ønsker vi å oppnå? - Å redusere antallet pasienter som konverteres fra frivillig til tvungen innleggelse ved akuttpsykiatrisk avd. Ullevål. Det konkrete målet er å redusere antallet konverteringer med 50% i løpet av seks måneder. etter implementering av telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse. Dette vil bidra til å skåne pasienter i en svært sårbar situasjon, samt redusere merarbeid i flere ledd i helsetjenesten.
2. Når er en endring en forbedring? - Som nevnt i del 3, kontaktet vi to overleger ved AKPM som meddelte at det er problematisk mange pasienter som per i dag konverteres fra frivillig til tvungen innleggelse grunnet manglende samtykkekompetanse. Dette er uheldig for den enkelte pasient, og bidrar til en unødvendig og omfattende behandlingssløyfe som medfører unødig tids- og ressursbruk både i primær- og sekundærhelsetjenesten. Ved innføring av enkle og standardiserte grep vil vi kunne redusere dette tallet på en tids- og kostnadseffektiv måte.
3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring? Vi ønsker å innføre standardisert telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse, herunder:
  - a. Utarbeidelse av e-læringskurs i Læringsportalen for gjennomføring av telefonveiledet samtykkekompetansevurdering.



b. At lege i akuttpsykiatrisk mottak benytter «Flytskjema for telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse» som vi har utformet.

c. Innføring av «Er sjekkliste for telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse benyttet? - JA/NEI/Ikke relevant» i foreliggende «Ny pasient»-skjema (se appendix).

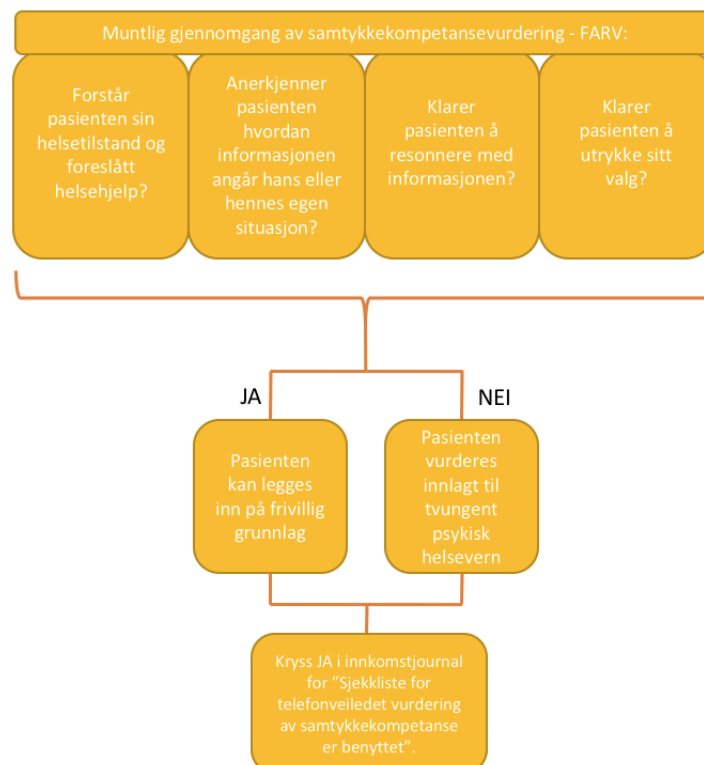
#### 4.1.1 Planlegging (Plan)

Vi ønsker å danne en prosjektgruppe bestående av studentene (oss), en overlege i psykiatri, tre LIS fra akuttpsykiatrien, representant fra legevakten i Storgata, en pasientrepresentant og til slutt en IKT-ansvarlig. Prosjektet forankres i ledelsen ved at prosjektgruppen ledes av avd.leder ved akuttpsykiatrisk avd. Ullevål.

Overlegene som vi har snakket med fra akuttpsykiatrisk avd., Ullevål fremstår svært positive til prosjektet. De var noe tvilende til at avdelingsoverlegen hadde anledning til å være prosjektleder av tidsmessige årsaker, men har allerede videreformidlet beskjeden.

Etter at prosjektgruppen er etablert, vil studentene i prosjektgruppen utforme «Flytskjema for telefonsamtale med innleggende instans». Denne skal printes ut, lamineres og fysisk henges opp på vaktrommene. Se forslag til flytskjema under, figur 3:

Der det foreligger grunnlag for innleggelse ved akuttpsykiatrisk avdeling skal sjekkliste **ALLTID** følges ved telefonsamtale med innleggende instans:



*Kommentarer til figur 3:*

*Flytskjemaet er drøftet med overlegene ved AKPM som støtter opp om å bruke "FARV" slik kriteriene er formulert av Helsedirektoratet, og som tidligere er redegjort for i del 2.*

*Hovedformålet med spørsmålgjennomgangen er å hjelpe innleggende lege til en strukturert dialog med pasienten. På denne måten pålegger vi ikke innleggende lege å gjøre noe nytt, men standardiserer allerede foreliggende praksis (9).*

IKT-ansvarlig utformer «e-læringskurs for gjennomføring av telefonveiledet samtykkekompetansevurdering» i Læringsportalen. Kurset skal maksimalt ta 4 minutter, og skal være en ren demonstrasjon av hvordan sjekklisten brukes i praksis, sett fra både innleggende og mottagende leges perspektiv. Både leger i akuttpsykiatrisk mottak og innleggende leger er derfor i målgruppen, og er ment å gjennomføre kurset.

Studentene i prosjektgruppen utformer til slutt et evalueringsskjema (se under) som fylles ut av legene som gjennomfører telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse.

I hvilken grad gjennomførte du telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse?	ALDRI <input type="checkbox"/>	AV OG TIL <input type="checkbox"/>	ALLTID <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

#### **4.1.2 Utfør (Do)**

Prosjektet starter med en 2- ukers innføringsperiode.

1. Prosjektleder sender ut rundskriv og holder internundervisning på morgenmøte (evt. flere) på akuttpsykiatrisk avd. Ullevål, samt ett møte for opplæring på legevakten i Storgata. Rundskriv og morgenmøter vil inneholde informasjon med bakgrunnsinformasjon om problemet, planen om å innføre telefonveiledet samtykkekompetansevurdering, og målsetting med forbedringsprosjektet om å redusere antallet konverteringer. Selv om vi har definert akuttpsykiatrisk avd. OUS Ullevål som det kliniske mikromiljøet, vil tiltakene ha direkte innvirkning på innleggende leger, og opplæring i primærhelsetjenesten vil derfor være avgjørende for at de også føler eierskap til forbedringsprosjektet.
2. Videre vil IKT- ansvarlig utforme nye inkomstskjema med et nytt punkt: «Er sjekkliste for telefonveiledet vurdering av samtykkekompetanse benyttet? - JA/NEI/Ikke

relevant». Alle leger i akuttpsykiatrisk mottak vil derfor måtte ta stilling til dette, og man forhindrer at det går i glemmeboken!

3. Alle leger ved akuttpsykiatrisk avd. OUS Ullevål og legevakten i Storgata gjennomfører «E-læringskurs for gjennomføring av telefonveiledet samtykkekompetansevurdering» i Læringsportalen i løpet av innkjøringsperioden.

#### **4.1.3 Kontroller (Study)**

Brukes sjekklister/flytskjema? Vi foreslår å ha ukentlig gjennomgang av alle frivillige innleggelses hvor man teller antallet som bekrefter å ha benyttet seg av sjekklister for telefonveiledet samtykkekompetansevurdering i inkomstskjemaene (antallet JA-kryss). Videre vil vi telle antallet «konverteringer» ukentlig og sette opp en tidsserie for å følge utviklingen etter implementering av tiltakene. Vi mener det er mest naturlig at to LIS-leger har hovedansvaret for de ukentlige gjennomgangene, da det er disse som vil ha størst nærhet til den praktiske gjennomføringen av tiltakene. Vi foreslår at gjennomgangene finner sted på morgenmøtet hver fredag, da det her også vil være anledning for tilbakemelding fra overlege og prosjektleder. LIS-legene er ansvarlige for å fylle ut evalueringsskjemaene innen 4 uker etter prosjektstart.

#### **4.1.4 Korrigering (Act)**

Prosjektgruppen møtes etter én måned for å drøfte innføringsfasen. Her vil det være fokus på de fire gjennomgangene av inkomstskjemaer og konverteringsantall, samt utfylte evalueringsskjemaer. Prosjektgruppen vil drøfte mulige justeringer for å for eksempel øke bruken av tiltaket basert på disse dataene. Ved behov settes det opp et nytt møte før det avsluttende møtet etter seks måneder.

Prosjektgruppen møtes igjen til et avsluttende møte etter seks måneder for å gjøre en helhetsvurdering av forbedringstiltakene basert på antallet konverteringer. Gruppen vil anvende statistisk prosesskontroll (SPC) for å vurdere og tolke hvordan tiltakene har virket over tid. Formålene med en slik gjennomgang vil være å sikre at prosessen er tilstrekkelig stabil (variasjonskontroll), at kvaliteten er av en tilstrekkelig kvalitet (nivåkontroll), og at kvalitetsutviklingen er tilfredsstillende i retning av det bedre (forbedringskontroll) (27). Vil

man kunne trekke direkte slutninger mellom innføring av tiltakene eller ser vi eks på Hawthorne-effekten, hvor økt fokus på et område i seg selv medfører forbedring?

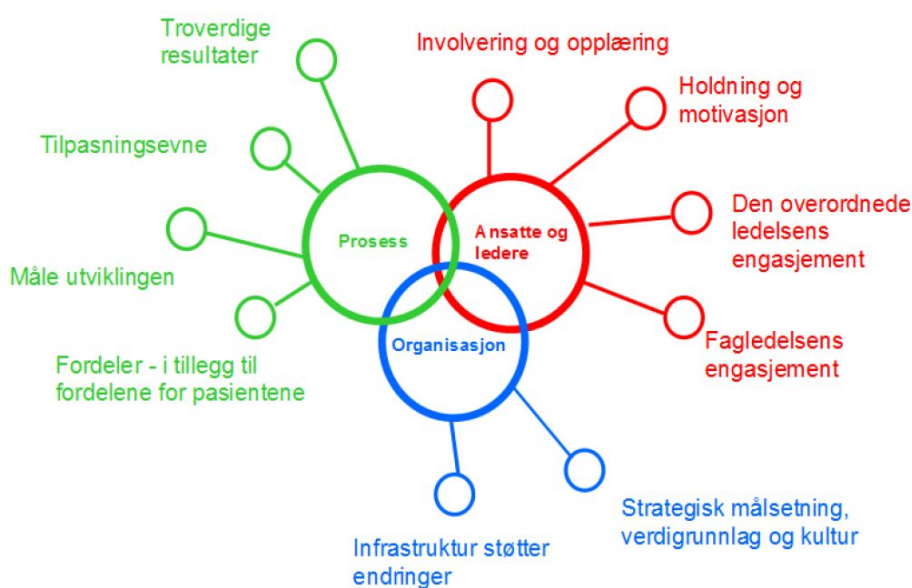
Til slutt må det vurderes om resultatene er så overbevisende at tiltakene bør implementeres som en del av daglig praksis. Vil det være aktuelt å etterhvert utvide prosjektet til å gjelde andre institusjoner? Alternativt vil lite overbevisende resultater kanskje bidra til å kartlegge andre angrepspunkter for forbedring?

## 4.2 Forventet motstand

Gruppen har identifisert følgende punkter som mulige motstandsområder:

- Det er tidkrevende å bruke telefonveiledet samtykkekompetansevurdering. Både sett fra lege i akuttpsykiatrisk mottak - og innleggende leges perspektiv.
- Økt krav til dokumentasjon er tidskrevende.
- Det er mye ekstraarbeid for prosjektgruppen, og særlig prosjektleder. Dette gjelder særlig innkjøringsperioden.
- Tiltakene oppleves som mistillit fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

Hvordan kan vi forhindre at dette vanskeliggjør forbedringsprosjektet? National Health Service (NHS) har utviklet en modell for gjennomføring og opprettholdelse av forbedringsarbeid, med ti faktorer fordelt på tre fokusområder: Ansatte og ledere, den nye arbeidsprosessen og organisasjonen (se figur 4).



Figur 4 – Modell for gjennomføring og opprettholdelse av forbedringsarbeid (28)



I dette forbedringsprosjektet ønsker vi å legge særlig fokus på følgende tre punkter for å forebygge og motvirke motstand:

1. Dokumentasjon av resultatene slik at de er forståelige og troverdige for alle parter, gjennom å:
  - Synliggjøre forskjellene mellom den eksisterende og den nye praksisen
  - identifisere fordelene for pasienter, ansatte og organisasjonen som helhet
  - formidle dette på måter som tilsvarer målgruppenes behov
2. Involvering og opplæring av personalet - organisere prosjektgruppen tverrfaglig slik at flere nivåer er representert, samt spørre, lytte og anerkjenne de problemstillingene personalet kommer opp med.
3. Forbedringsprosjektet må være i tråd med organisasjonens strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur. Dette avhenger bl.a. Av tidligere erfaringer med endringsarbeid. Om kulturen ikke er den beste nå, ønsker vi med dette prosjektet å vise at små endringer kan medføre store positive utfall, som igjen vil gjøre endringsarbeid lettere i fremtiden (29).

## 5 Diskusjon/konklusjon

Det vil alltid være fordeler og ulemper med å innføre nye tiltak. Vi mener at tiltaket vi foreslår, vil kunne gi stor endring i innleggelseskultur mot en svært liten endring i innsats fra innleggende og mottakende lege.

Noe av det viktigste å diskutere, er om tiltaket adresseres der problemet egentlig ligger. Hvis problemet er manglende tid, ressurser eller erfaring i samtykkekompetansevurdering hos innleggende lege, burde ikke tiltaket rettes dit? Dette er noe vi har diskutert mye internt i gruppen og tidligere i oppgaven.

Angående indikatorene vi har valgt, mener vi at de vil kunne avdekke endringer i praksis i ønsket retning. Det er likevel mulig å feiltolke dem. Endringsfokus kan innebære negative effekter i form av for eksempel oppmerksomhet og ressurser forskjøvet på avdelingen fra andre pasientgrupper, til de pasientene hvor denne problemstillingen er aktuell.

Uavhengig av hva man mener om tvangsbehandling i psykisk helsevern, er dagens situasjon slik at det er et virkemiddel som helsepersonell er pliktig til å anvende når det vurderes som nødvendig, enten av hensyn til pasienten eller samfunnet. Parallelt og relatert til dette, er vurderingen av samtykkekompetanse for psykisk helsehjelp. I denne oppgaven har vi forsøkt å illustrere den praktiske, terapeutiske og juridiske problemstillingen som oppstår når ikke-samtykkekompetente pasienter legges inn for frivillig psykisk helsehjelp. Vi har foreslått å innføre et tiltak som vi tror vil gjøre at flere legges inn under rett paragraf med en gang, og med det spare ressurser og tid, og bedre ivareta den enkelte pasients behov. Vi har redegjort for hvordan dette kan innføres og effekten over tid kan måles, til det beste for alle involverte.

## Litteraturliste

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken - Psykisk helsevern for voksne. Døgnplasser, utskrivninger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak 1990 – 2018.  
<https://www.ssb.no/statbank/table/04511/tableViewLayout1/> Lest 12.9.2019
2. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer – Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne.  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne> Lest 13.9.2019
3. LOV-1999-07-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), Kapittel 2. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> Lest 17.9.2019
4. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Lest 25.9.2019
5. LOV-1999-07-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), Kapittel 3. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> Lest 17.9.2019
6. Brev fra Helsedirektoratet til Helse Bergen HF, 14.1.2019. Svar på spørsmål om samtykkekompetanse og konverteringsforbudet i psykisk helsevern.  
<file:///M:/pc/downloads/Sp%C3%B8rsm%C3%A5l%20om%20samtykkekompetanse%20og%20konverteringsforbudet%20i%20psykisk%20helsevern.%20Svar%202019.pdf>  
Lest 10.9.2019
7. Helsedirektoratet. Bruk av tjenester i psykisk helsevern.  
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/3e40d578-9adb-4f10-bad5-e0d817dc27aa?e=false&vo=viewonly> Lest 4.10.2019

8. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer, kapittel 2 – særlige samtykkebestemmelser. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/saerlige-samtykkebestemmelser#%C2%A7-2-1.-hovedregelen-om-samtykke> Lest 17.9.2019
9. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kapittel 4 – samtykke til helsehjelp. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp#%C2%A7-4-3-hvem-som-har-samtykkekompetanse> Lest 17.9.2019
10. Helsedirektoratet. E-læringsprogram om samtykke til helsehjelp. <http://samtykke.helsedir.no/player/PlayerX.html?xmlid=../content/000000001926/00000001926&width=780&height=520&startloc=0:0:0:-1&flashver=17&useFS=true&langrec=nb&langmaster=nb&1428407016332> Lest 17.9.2019
11. Regjeringen. Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1> Lest 18.9.2019
12. LOV-2017-02-10-6. Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6> Lest 29.10.2019
13. Tvangsforskningsnettverket. Nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge. [www.tvangsforskning.no/om/](http://www.tvangsforskning.no/om/) Lest 18.9.2019

14. UpToDate. Assessment of decision-making capacity in adults.  
<https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-decision-making-capacity-in-adults>  
Lest 13.9.2019
15. Store medisinske leksikon. Medisinsk etikk. [https://sml.snl.no/medisinsk\\_etikk](https://sml.snl.no/medisinsk_etikk) Lest 18.9.2019
16. Brun MK, Husum TL, Pedersen R. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk psykologiforening, Vol 55, nummer 2, 2017, side 186-195.
17. Appelbaum PS, Lidz CW and Meisel A: Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. Fair Lawn, NJ, Oxford University Press, 1987.
18. Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, Waeber G. Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Med Ethics*. 2009;10:15. Publisert 2.9.2009. doi:10.1186/1472-6939-10-15
19. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry* 134:279-284, 1977.
20. Marson DC, Ingram KK, Cody HA et al. Assessing the Competency of Patients With Alzheimer's Disease Under Different Legal Standards – A prototype instrument. 1995;52(10):949-954. doi:10.1001/archneur.1995.00540340029010
21. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C: The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services* 48:1415– 1419, 1997.

22. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med*. 1999;14(1):27–34. doi:10.1046/j.1525-1497.1999.00277.x
23. Etchells E, oversatt av Dahlberg J og Pedersen R. Aid to Capacity Evaluation (ACE) – Hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse. SME-rapport: 2011:2
24. Moen A, Rønnestad A, Stensvold HJ et al. Norsk nyfødtsmedisinsk helseatlas. SKDE rapport nr. 5/2016. Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF.  
[https://helseatlas.no/sites/default/files/norsk\\_nyfodtmedisinsk\\_helseatlas\\_rapport\\_0.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/norsk_nyfodtmedisinsk_helseatlas_rapport_0.pdf)  
Lest 10.10.2019
25. Helsebiblioteket. Hva kjennetegner gode kvalitetsindikatorer?  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmaling/hva-kjennetegner-gode-kvalitetsindikatorer> Lest 28.9.2019
26. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer.  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer> Lest 28.9.2019
27. Helsebiblioteket. Statistisk prosesskontroll (SPC).  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmaling/statistisk-prosesskontroll> Lest 29.9.2019
28. Helsebiblioteket. Modell for forbedring – Langley et al.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolan> Lest 28.9.2019

29. Helsebiblioteket. Hvordan skape vedvarende forbedringer?

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability> Lest 30.9.2019

## NY PASIENT

Dato: \_\_\_\_\_ Klokkeslett: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Fødsels- og personnr: \_\_\_\_\_

Sektortilhørighet: \_\_\_\_\_

Innleggende lege: \_\_\_\_\_

Avdeling/sykehus/legevakt: \_\_\_\_\_

Tentativ diagnose: \_\_\_\_\_

Innleggelsesårsak: \_\_\_\_\_

Vold: \_\_\_\_\_

Rus: \_\_\_\_\_

Innleggelsesparagraf: TPH  OBS  Frivillig  § 4-10

Trenger skjerming?	Ja	Nei
Omsorgsansvar?	Ja	Nei
Ind. for MRSA, ESBL, VRE (se bakside)	Ja	Nei
Tidligere opphold i avdelingen?	Ja	Nei
<b>Cave?</b>		

Pasienten følges av: \_\_\_\_\_

Pasienten kommer ca. kl: \_\_\_\_\_

Skjemaet er utfyllt av: \_\_\_\_\_