

# Samtykkekompetansebegrepet i psykisk helsevernloven

*Er det sammenheng mellom lovens  
intensjoner og klinisk praksis*

Kari Helene Winger



MASTEROPPGAVE

Høst 2017

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon  
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

11.12.20



# **Samtykkebegrepet i psykisk helsevernloven**

**Er det sammenheng mellom lovens intensjoner og klinisk praksis**

**Av**

**Kari Helene Winger**

Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

© Kari Helene Winger

2020

Tittel

Kari Helene Winger

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Vurdering av samtykkekompetanse ble lagt inn som et nytt vilkår etter endring i Psykisk helsevernloven gjeldende fra 01.09.2017. I denne oppgaven ville jeg belyse prosessen frem mot endringen av loven, og hvordan lovverket blir forstått og praktisert i klinisk praksis. Hva var motivasjonen bak lovendringen, hva var mål og virkemiddel? Hva slags kunnskap la man til grunn, og hvilke mulige konsekvenser er beskrevet? Og har lovendringen gitt ønsket effekt med tanke på etterlevelse og måloppnåelse? Til å belyse denne problemstillingen har jeg sett på lovens forarbeider, men også utviklingen som har vært innen psykisk helsevern og rettsliggjøring av helsevesenet. Gjennom intervjuer med vedtaksansvarlige har jeg sett på hvordan loven blir håndtert i praksis, hva vektlegges ved vurderinger, og opplever vedtaksansvarlige dilemmaer av faglig eller etisk karakter? Funnene er diskutert i et teoretisk rammeverk om rasjonell beslutningsprosess, hvor funn fra oppgaven blir vurdert opp mot hhv. en normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

Lovgivningsprosessen virker å være preget av en vektlegging av generelle normer knyttet til å beskytte individet mot inngrep/reduert tvangsbruk, mens helsemessige konsekvenser for pasient i mindre grad er eksplisitt vurdert. Videre er målene sammensatte og til dels tvetydige, og det er uklart hvordan lovendringene skulle bidra til måloppnåelse som er redusert tvang og styrking av pasienters selvbestemmelse og rettsikkerhet.

Vedtaksansvarlige skal balansere sine beslutninger i spennet mellom det normrasjonelle (føringer i lovteksten) og formålsrasjonelle (konsekvenser for pasient/pårørende/samfunnet), og det synes som de, hvis det oppstår konflikt mellom rettslige normer og faktiske konsekvenser, i større grad vektlegger konsekvensene. I intervjuene kommer det flere steder fram at vedtaksansvarlige vektlegger konsekvensene for pasientene og er villig til å se bort fra loven/foreta strategiske tilpasninger for å fremme «den gode konsekvens».

Ut fra funnen i oppgaven virker det å være behov for videre forskning og mer kunnskap om konsekvenser etter endringen i psykisk helsevernloven som også inkluderer kunnskap fra brukere, pårørende og helsepersonell. Det er nødvendig for å kunne identifisere styrker og svakheter ved dagens lovgiving som igjen kan gi grunnlag for justeringer i lovverket som kan skape større trygghet for at man faktisk oppnår de målsetningene man ønsker i psykisk helsevern- redusert og riktig bruk av tvang som både beskytter individets integritet og fremmer og beskytter lov og helse.



# Forord

Jeg startet opprinnelig opp med en mer avgrenset problemstilling, frivillig behandling av ikke-samtykkekompetente pasienter med psykisk lidelse, hva sier lovverket og hva er klinisk praksis. Når jeg gikk mer inn i kilde grunnlaget og ikke minst gjennom intervjuene, så jeg at denne problemstillingen var en del av en større helhet: hva var det som var driverne frem til lovendringen i 2017 hvor samtykkekompetanse vilkåret ble lagt inn i Psykisk helsevernloven, har denne endringen hatt de ønskede konsekvensene, og hvordan er det for spesialistene som fatter vedtak, opplever de praktiske og etiske dilemmaer. Eller er det ikke intenderte konsekvenser som økt tvang fordi det også har medført at pasienter som ikke er samtykkekompetente og har alvorlig psykisk lidelse bare kan behandles under rammene av tvunget psykisk helsevern.

Takk til alle vedtaksansvarlige som deltok, satt av tid for å sitte i gruppe, og som raust og åpent delte sine erfaringer og kunnskap. Alle hadde stor ydmykhet og respekt overfor den rollen som de er satt til å forvalte, og delte også utfordringer de opplevde i klinisk praksis i strekk mellom lovtekst og hva som er opplevd riktig for pasienten.

Takk til gode kollegaer på Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen og BUP Vest som har gjort det mulig for meg å skrive denne oppgaven, både ved å komme med innspill, men også støtte for å fullføre. Og takk til Klinikkleder Mette Garvoll som tilrettela for at jeg kunne få skrivepermisjon for den siste innspurten.

Og ikke minst takk til min veileder professor Frode Veggeland som stødig har fått meg igjennom hele prosjektet, selv om det har tatt tid, og har vært engasjert i temaet og hjulpet meg med å bredde ut problemstillingen for å se det store bildet.

Kari Helene Winger

Desember 2020





## Innholdsfortegnelse

Samtykkebegrepet i psykisk helsevernloven.....	III
Sammendrag.....	V
Forord.....	VII
1 Introduksjon .....	1
2 Bakgrunn.....	3
2.1 Psykisk helsevern og samfunnet.....	3
2.1.1 Faglige reformer psykisk helsevern .....	3
2.1.2 Redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern .....	5
2.1.3 Menneskerettighetsloven og bruk av tvang.....	6
2.2 Utvikling og endring av lov om psykisk helsevern .....	7
2.2.1 Psykisk helsevernloven i Norge .....	7
2.2.2 Endringer i Psykiskhelsevernloven gjeldende fra 1.9.2017 .....	8
2.2.3 Lovkravene for tvunget psykisk helsevern.....	9
2.2.4 Nytt vilkår: samtykkekompetanse .....	10
2.2.5 Kort utdyping av lovens vilkår.....	10
2.2.6 Hvordan vurderes samtykkekompetanse.....	13
2.2.7 Åpenbart ikke samtykkekompetent .....	13
2.3 Gjennomføring av psykisk helsevern .....	14
2.3.1 § 4-4 Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke .....	14
2.3.2 Ikke samtykkekompetente pasienter og frivillig behandling .....	16
2.4 Roller og ansvar som beskrevet i psykisk helsevernloven .....	17
2.4.1 Vedtaksansvarlig .....	17
2.4.2 Kontrollkommisjonen.....	17
2.5 Oppsummering bakgrunn .....	19
3 Teori beslutningsprosess .....	20
3.1 Rasjonell beslutningsprosess .....	20
3.2 Normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.....	22
3.2.1 Normrasjonell beslutningsmodell (Juridisk) .....	22
3.2.2 Formålsrasjonell beslutningsmodell:.....	23

3.2.3	Beslutninger basert på skjønn .....	23
3.2.4	Strategisk tilpasning .....	24
3.3	Valg etter etiske modeller .....	24
3.4	Oppsummering teori .....	25
4	Metode .....	27
4.1	Hvorfor valg av kvalitativ metode .....	27
4.2	Beskrivelse av designet .....	27
4.2.1	Litteraturgjennomgang .....	28
4.2.2	Fokusgruppeintervjuer .....	28
4.2.3	Begrensninger .....	30
4.2.4	Intervjuerens rolle .....	30
4.3	Tekstanalyse .....	31
4.4	Validitet og reliabilitet .....	31
5	Funn .....	33
5.1	Bakgrunn for lovendring- motivasjon og kunnskapsgrunnlag .....	33
5.1.1	Med lov skal lande bygges: Helsepolitikk gjennom helserett .....	33
5.1.2	Endring i psykisk helsevernloven, hva er mål og tiltak .....	34
5.1.3	Vurdering av konsekvenser av lovendring .....	34
5.1.4	Manglende samtykke kompetanse, et kunnskapsbasert begrep? .....	35
5.1.5	Konsekvenser av å innføre manglende samtykkekompetanse .....	36
5.1.6	Hva var forventede konsekvenser av lovendring .....	37
5.2	Funn fra praksis feltet .....	37
5.2.1	Vurdering av lovens vilkår og samtykkekompetanse, er det subjektivt eller objektivt? .....	37
5.2.2	Samarbeid og samtykkevurdering .....	39
5.2.3	Strategisk tilpasning .....	40
5.2.4	Frivillig behandling av ikke samtykke kompetente pasienter, hva er erfaringer? 41	
5.2.5	Konsekvenser av vedtak om tvang på relasjonen mellom pasient og vedtaksansvarlig .....	42
5.2.6	Kontrollkommisjonens vedtak, hva er erfaringene? .....	43
5.2.7	Konsekvenser av lovendring: Redusert tvang? .....	44
6	Diskusjon av funn i en teoretisk ramme .....	47
6.1	Introduksjon .....	47

6.2	Lovendringene: en rasjonell prosess?.....	47
6.3	Prosess frem mot lovendring .....	48
6.3.1	Begrunnelse lovendring.....	48
6.3.2	Motstridende mål.....	48
6.3.3	Usikre mål/rom for skjønn .....	49
6.3.4	Normrasjonell prosess .....	50
6.3.5	Formålsrasjonell prosess .....	51
6.4	Anvendelse av lovgivning i praksisfeltet: normrasjonell eller formålsrasjonell? .....	51
6.4.1	Normrasjonelle beslutninger .....	51
6.4.2	Formålsrasjonell beslutninger .....	52
6.5	Konsekvenser av lovendring .....	53
6.5.1	Økt tvang? .....	53
6.5.2	Negative konsekvenser for pasienten og for relasjonen til vedtaksansvarlig?...	53
6.5.3	Frivillig behandling av ikke samtykkekompetente pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke mulig? .....	54
6.5.4	Variasjon i lovforståelse og praksis hos kontrollkommisjoner? .....	55
6.6	Postmarking diskusjon:.....	56
7	Konklusjon .....	57
	Litteraturliste .....	59
	Vedlegg .....	61
7.1	Intervjuguide:.....	61



# 1 Introduksjon

Et bærende prinsipp om helsehjelp er at helsehjelp skal tas imot frivillig. Likevel er det slik at det kan være nødvendig å behandle mennesker mot deres vilje. I en rettstat skal all tvangsbruk rettet mot personer skal være hjemlet i lov. I Norge er tvang innen helsehjelp hjemlet i fire ulike regelsett: Psykisk helsevernloven, Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A, Helse og Omsorgstjenesteloven kapittel 9 og kapittel 10.

Vurdering av samtykkekompetanse har blitt lagt inn som et nytt vilkår etter endring i Psykisk helsevernloven gjeldende fra 01.09.2017. Pasienter må vurderes ikke å være samtykkekompetente for at tvunget psykisk helsevern skal etableres i hht § 3-2 og § 3-3, med unntak av hvis farekriteriet er tilstede. Krav om samtykkevurderinger i forbindelse med vurdering av tvunget psykisk helsevern er nytt i Psykisk helsevernloven fra 01.09.17, men prinsippet om samtykkekompetanse for å kunne undersøke og behandle psykisk lidelse har vært etablert i Pasient og brukerrettighetsloven fra 1999:

*§ 4-3 5. ledd: Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.*

Denne oppgaven skal belyse prosess frem mot lovendringen og hvordan lovverket blir forstått og praktisert i klinisk praksis.

Hva var motivasjonen bak lovendringen, hva var mål og virkemiddel? Hva slags kunnskap la man til grunn, og hvilke mulige konsekvenser er beskrevet? Og har lovendringen gitt ønsket effekt med tanke på etterlevelse og måloppnåelse? Til å belyse denne problemstillingen vil jeg se nærmere på lovens forarbeider, men også beskrive utviklingen som har vært innen psykisk helsevern og rettsliggjøring av helsevesenet.

Vedtaks hjemlet i psykisk helsevernloven fattes av vedtaksansvarlige i spesialisthelsetjenesten i institusjoner som er godkjent for tvangsbruk. Kontroll av tvangsvedtak gjøres av Kontrollkommisjoner og Fylkesmann (tvangsmedisineringsvedtak). Gjennom intervjuer med vedtaksansvarlige ønsker jeg å se på hvordan lovendringen blir håndtert i praksis, hva vektlegges ved vurderinger, og opplever vedtaksansvarlige dilemmaer av faglig eller etisk

karakter? I tillegg vil jeg se på om det er opplevd samsvar mellom vedtaksansvarliges vurderinger og hva Kontrollkommisjonen vektlegger.

Funnene vil bli diskutert i et teoretisk rammeverk om rasjonell beslutningsprosess, hvor funn fra oppgaven blir vurdert opp mot hhv. en normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

Redusert bruk av tvang og riktig bruk av tvang er en uttalt politisk målsetning (1) og har vært det over år. Et virkemiddel for å oppnå dette er å bruke lovverket som virkemiddel.

Spørsmålet er da om endring i lovverket gir den intenderte endring i klinisk praksis? Er det et samsvar mellom helsepersonells kliniske skjønn, lovforståelse og vurdering av hva som vurderes å være mest hensiktsmessig for den enkelte pasient? Og hva kan være årsak til ulik praksis? Hvis det avdekkes at det er en diskrepans, vil det være relevant kunnskap i forhold til hvordan lovendringer og fortolkninger implementeres i helsevesenet, og hva klinikere vektlegger i sine vurderinger.

## 2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for lovutviklingen i psykisk helsevernloven, hva har vært endringer i faglige og politiske føring for lovendringer og endringer i behandlingstilbudet for psykisk lidelse. Lover bygger på hverandre og gjenspeiler samfunnsutvikling, og også utviklingen med felles internasjonale konvensjoner.

Siste del av kapittelet er en kort gjennomgang av psykisk helsevernloven med beskrivelse av de ulike vilkårene og formelle roller.

### 2.1 Psykisk helsevern og samfunnet

Psykisk helsevern har som andre helseområder vært i stadig utvikling. Hvordan ivareta de pasientene som har de mest alvorlige tilstandene, innenfor hvilket lovverk, under hvilke rammer, og av hvilke aktører– har vært i endring, om ikke kontinuerlig. Formalisering gjennom lovverk kom så tidlig som 1848 som redegjort for senere i oppgaven, men endringer har sammenheng med øvrige faglige og politiske føringer spesielt de siste 25 årene. Sentrale punkter i endringsprosessen er pasient- og brukerrettighetsloven med økt krav til samtykke og medvirkning, og ratifisering av internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Samtidig har det vært politisk og faglig ønske om å satse og løfte psykisk helsevern, bla gjennom **opptrappingsplanen(2)** for psykisk helse, og nåværende regjeringens **prioriteringsregel (3)**. **Redusert bruk av tvang** har både vært et mål for fagfolk, brukere og politikere, og ligger også som en føring for lovendringene og omorganisering av tjenestetilbudet.

#### 2.1.1 Faglige reformer psykisk helsevern

Psykisk helsevern var tradisjonelt organisert i sykehus hvor behandling var knyttet til døgninnleggelse. Gradvis ble det opprettet poliklinikker og psykiatriske sykehjem, det ble iverksatt ulike reformer, men behandlingstilbudet ble likevel vurdert som utilstrekkelig og lite helhetlig. I St.meld. nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, ble utfordringsbildet oppsummert slik((4) s. 16): *«For å kunne møte dagens og framtidens behov for tjenester til mennesker med psykiske lidelser, må tilgjengelige ressurser utnyttes bedre enn i dag. Samtidig må det også gjennomføres en planmessig oppbygging av tilgjengelig behandlingsskapitet.»* og videre:

«Stortingsmeldingen tar sikte på å legge et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Målet er å kunne tilby tjenester som er tilpasset brukernes behov. For å oppnå dette, vil Regjeringen ta i bruk en rekke virkemidler:

- *Juridiske - i form av ny lovgivning.*
- *Økonomiske - tilskuddsordninger som stimulerer kommuner og fylkeskommuner til å bygge ut og drive gode og effektive tjenester.*
- *Utdanningspolitiske - statlige tiltak for å få utdannet tilstrekkelig med faglig velkvalifisert personell.*
- *Faglig veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.*

Som følge av denne politiske prosessen, tilkom endringer med:

- Ny lovgivning: De fire reviderte lovene fra 1999 (Spesialisthelsetjenesteloven, Pasient og brukerrettighetsloven, Psykisk helsevernloven og Helsepersonell-loven) skulle samordne lovverket slik at det var sammenheng i roller, ansvar og oppgaver
- Endring og styrking av psykisk helsevern, Opptappingsplanen 1998-2008: Stortingsmeldingen fra 1997 (4) ga grunnlaget for St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006 (2) Kort oppsummert var målet:
  - Opptapping av det totale tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjeneste
  - Omstrukturering av det eksisterende tilbudet
  - Holdningsendring i befolkningen

I evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd 2009 (5) ble det oppsummert at man langt på vei hadde oppnådd målene. Spesielt var det tilkommet en styrking av psykisk helsearbeid i kommunene med både årsverk og stillinger, betydelig økning av poliklinisk aktivitet, og døgnplasser på DPS og økning av bemanning BUP. Det som har blitt problematisert er om reduksjonen av døgnplasser på sykehus og psykiatriske sykehjem har vært for stor uten at det er bygget opp tilstrekkelig botilbud i kommunene som kan gjøre at personer med alvorlig psykisk lidelse har fått et kvalitativt dårligere tilbud.

Den ønskede vridningen i behandlingstilbudet fra døgnbehandling og styrking av polikliniske og ambulante tjenester har bestått, et behandlingsforløp i 2020 ved alvorlig psykisk lidelse er hovedsakelig poliklinisk, døgninnleggelsene er kortere, og botilbudet er i kommunen hvor det også er oppfølging av kvalifisert personell. Det er bygget opp tettere formelle samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som for eksempel FACT-



team. FACT (Fleksibel assertiv community treatment) er en modell hvor pasienter som er i behov av tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal gi samtidig og helhetlige tjenester som også kan være oppsøkende.

### **Prioriteringsregelen:**

Opptappingsplanen hadde en klar politisk styring ved at midler ble øremerket spesifikke tiltak for å endre underliggende strukturer. Gjennom prioriteringsregelen er det en klar bestilling i oppdragsdokument om å prioritere fagområdet psykisk helsevern og rus (tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)). Dette synliggjør en prioritering av ressurser innad i helseforetak, men også en prioritering i psykisk helsevern av ressurser mot brukerens behov og utvikling av tjenesten.

Prioriteringsregelen fremkommer av regjeringsoppdragsdokument til de regionale helseforetakene (2006-2010, 2014- ). Fra NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak (3)(7.1.1.3) er det definert slik: *«er det stilt krav om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn for somatikk på regionnivå (prioriteringsregelen). Prioriteringsregelen måles i 2019 gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet.»*

### **2.1.2 Redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern**

Redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern har vært et mål over tid hvor tiltakene både har vært lovendringer, men også strukturelle og holdningsmessige endringer. Ved redusert bruk av tvang menes både den overordnede struktur om etablering av tvunget vern, men også redusert bruk av tvangsmidler ihht § 4-8 i psykisk helsevernloven. Helsedirektoratet publiserte Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern 2006 (6) som en del av Opptappingsplanen. Det var fire områder som var fremhevet: økt frivillighet, kvalitetssikre bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvang. En utfordring for å vite om tiltak har hatt effekt har vært mangel på kvalitetssikrede oversikter over tvangsbruk mtp å følge en utvikling over tid, men Helsedirektoratet angir at tallene etter 2015 skal være av god kvalitet. (7) Helsedirektoratet gir ut jevnlig ut rapport Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne(8) som viser at bruk av tvunget psykisk helsevern varierer mellom helseforetak. I rundskriv Psykisk helsevernloven med kommentarer står det i kommentar til § 1-1 *«og en av årsakene er antagelig ulik praktisering av loven, både mellom*

*institusjoner og kontrollkommisjoner.() Slik variasjon er uakseptabel dersom den ikke med sikkerhet kan dokumenteres å være faglig nødvendig og fullt ut forsvarlig i henhold til regelverk og standarder for god faglig praksis.»(9) , og det understrekes at ledelsen ved institusjonen, kontrollkommisjonen og fylkesmannen har et særlig ansvar for å forholde seg aktivt til tvangsbruk, og iverksette tiltak eller rapportere hvis det avdekkes ulovlig praksis.*

### **2.1.3 Menneskerettighetsloven og bruk av tvang**

Menneskerettighetsloven ble vedtatt av Stortinget i 1999, den gjør internasjonale menneskerettighetskonvensjoner til norsk lov.

*§ 1.Lovens formål er å styrke menneskerettighetenes stilling i norsk rett*

*§ 2.Følgende konvensjoner skal gjelde som norsk lov i den utstrekning de er bindende for Norge..*

Dette ble ytterligere tydeliggjort gjennom grunnlovsendringen 2014:

§ 92.

*Statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter.*

§ 93.

*Ethvert menneske har rett til liv. Ingen kan dømmes til døden*

*Ingen må utsettes for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.*

§ 93 2. ledd tilsvarer § 5 Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen.

I tillegg til Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) er det også FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT) som gir føringer, og som har medvirket til endringer i lovteksten og lovforståelse. Å være underlagt tvunget psykisk helsevern er å anse som frihetsberøvelse, og det er grunnleggende for en rettstat som Norge at hjemmel for dette er i tråd med norsk lov, men også overordnet i tråd med internasjonale konvensjoner. FNs torturkonvensjon (OPCAT) er en internasjonal menneskerettslig avtale

med mål om å beskytte mennesker som er fratatt friheten, og Norge sluttet seg til denne i 2013. I Norge er det Sivilombudsmannen som «har et særskilt ansvar for å undersøke om menneskerettighetene til frihetsberøvede mennesker ivaretas og forebygge tortur og umenneskelig behandling.» (Sivilombudsmannens hjemmeside) Det inkluderer også besøk om institusjoner innen psykisk helsevern.

FNs CRPD komite har stilt spørsmål om tvunget psykisk helsevern er i tråd med konvensjonen, hvor det fremgår av artikkel 14 nr. 1 bokstav b at "nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse». Det er vurdert av Norge at tvangsreglene i psykisk helsevernloven er forenlig med CRPD(9). I en høyesterettsdom (HR-2016-01286-A)(10) ble det uttalt at: "Så langt jeg kan bedømme det, er det ikke grunnlag for generelt å konkludere med at konvensjonen forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, når dette skjer i henhold til de kriterier som følger av psykisk helsevernloven.»

## **2.2 Utvikling og endring av lov om psykisk helsevern**

Som redegjort for over har det vært flere drivere i utviklingen og justeringen av psykisk helsevernloven hvor både endringer i tilgrensende nasjonale lover og ratifisering av internasjonale lover har hatt betydning for lovendringer. Under følger en oppsummering av lovendringene fra den først i 1848 fram til lovendringene i 2017.

### **2.2.1 Psykisk helsevernloven i Norge**

Norge var et av landene i verden som var tidligst ute med å vedta en lov for sinnssyke i 1848, Sinnssykeloven. Det var Major, lege og pådriver for bygging av Gaustad, som skrev forslaget til loven (11). Denne loven inneholdt beskrivelser bla ingen må behandles som sinnssyk uten at det er bevist sinnssykdom og inneholdt formelle forhold ved lovanvendelse som tutorordning og kontrollkommisjoner, og loven sto med små variasjoner til 1961 dvs over 110 år. I 1961 ble Lov om psykisk helsevern vedtatt som stilte klarere krav til saksbehandling og regulering av tiltak. I 1981 ble det oppnevnt et utvalg (Bernt utvalget) som skulle gjennomgå reglene for psykiske helsevernet. Innstillingen ble avgitt til departementet i 1988. Denne innstillingen lå som grunnlagsdokument til lovforslaget som ble fremlagt for Stortinget 1999 sammen med forslag til lover om spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og pasientrettigheter. Lovene trådte i kraft 1.1.2001. I psykisk helsevernloven av 1999 ble vilkårene for tvungen

observasjon og tvunget psykiske helsevern endret ved at det kom inn krav om frivillighet skal ha vært forsøkt og det skal foreligge en helhetsvurdering om at tvungen observasjon og tvunget vern fremstår som den klart beste løsningen. I tillegg ble det adgang til bruk av tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering etter vedtak skrevet inn i lovteksten. I 2005 ble det en gjennomført en revidering som ble lagt frem for Stortinget. Det ble vedtatt mindre endringer og harmonisering med pasientrettighetsloven. (12) I 2009 ble det gitt mandat til et nytt lovutvalg (Paulsrud utvalget) med oppdrag med å utrede tvangsbestemmelsene og da spesielt behandlingskriteriet, og evt. foreslå konkrete lovendringer(13). Et år etter oppnevning leverte utvalget NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Langt på vei er det forslagene derifra som ligger til grunn til lovendringen, og NOU 2011:9 er derfor en sentral kilde med tanke på kunnskap om prosessen frem til endelig lovtekst. Det tok imidlertid 5 år fra ferdigstilling av NOUen før det ble politisk behandling og vedtak i Stortinget januar 2017.

## **2.2.2 Endringer i Psykiskhelsevernloven gjeldende fra 1.9.2017**

Siste lovendring trådte i kraft 01.09.2017 etter at endringer i psykisk helsevernloven ble lagt frem i Prop 147L (2014-2015) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet) (1)og vedtatt av Stortinget 31.01.2017.

Overordnet er det en endring i § 1-1 Formål:

*Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.*

*Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.*

Dette utdypes i brev fra Helsedirektoratet i februar 2017 som omhandler endringer i psykisk helsevernloven:(14)

«Bestemmelsen er endret for i større grad å markere sentrale prinsipper for anvendelse av tvang. Det er inntatt en henvisning til menneskerettighetene for å understreke at disse gir

føringer for tolkning og praktisering av loven. Videre tydeliggjøres lovens formål om å forebygge og begrense bruken av tvang, og at helsehjelpen så langt mulig skal være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Det presiseres at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet.»

### **2.2.3 Lovkravene for tvunget psykisk helsevern**

For å kunne fatte vedtak må en rekke vilkår være oppfylt, og det er krav om dokumentasjon for hvert vilkår. Under vil lovtekst og vilkår bli kort gjennomgått som bakgrunn for senere diskusjon.

#### *§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern*

*På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:*

- 1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*
- 2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.*
- 3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten*
  - a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller*
  - b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.*
- 4. 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.*
- 5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.*
- 6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.*

*7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.*

#### **2.2.4 Nytt vilkår: samtykkekompetanse**

Den største formelle endringen er krav om manglende samtykkekompetanse for forutsetning for å etablere og opprettholde tvunget psykisk helsevern, men unntak hvis farekriteriet er tilstede (nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Fare for egen helse ble tatt bort etter endringen.) Dette ble også understreket i orienteringsbrev fra Helsedirektoratet(14):

«Den prinsipielt og praktisk mest inngripende endringen, er innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent vern og behandling uten eget samtykke - såkalt kompetansebasert modell. Denne endringen innebærer en dreining fra diagnosefokus til fokus på funksjonsnivå, og bringer kriteriene for psykisk helsehjelp i større samsvar med det som ellers er hovedprinsippene for helsehjelp; pasientens selvbestemmelsesrett og vilkår om samtykke før helsehjelpen ytes.

Etter dagens regler kan samtykkekompetente pasienter med alvorlige sinnslidelser som oppfyller visse tilleggsvilkår, underlegges tvungent psykisk helsevern og behandling.

Endringen innebærer altså et nytt tilleggsvilkår om at pasienten må mangle samtykkekompetanse for at vedkommende skal kunne underlegges tvungen observasjon, jf. § 3-2, tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3, og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Vilkåret gjelder ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse. Vær oppmerksom på at det ikke er gjort unntak ved fare for egen helse.

#### **2.2.5 Kort utdyping av lovens vilkår**

Utdypning er hentet fra Psykisk helsevernloven med kommentarer(15)

**Frivillighet** skal ha vært prøvd: For åpenbart formålsløst er det angitt at det er aktuelt når pasienten ikke ønsker behandling eller mangler samtykkekompetanse.

**Legeundersøkelse:** kravet om at første legeundersøkelse skal skje av lege som er uavhengig av institusjonen er for å ivareta pasientens rettsikkerhet. Det utdypes videre i kommentar til psykiskhelsevernloven § 3-3: *Den legen som undersøker pasienten først, bør heller ikke konferere med aktuelle faglig ansvarlig om sin vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.* Kravet om uavhengighet legeundersøkelse er strengt, og det er utdypet i brev fra Helsedirektoratet: «Den eksterne legen bør heller ikke konferere med aktuelle faglig ansvarlig om sin vurdering av vilkårene for tvungent vern. Den eksterne legens vurdering av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt for pasienten, skal være så upåvirket som mulig.»(16)

**Alvorlig sinnslidelse:** dette er et rettslig begrep, og ikke en diagnose. Det omfatter psykoselidelser, men også andre tilstander, der funksjonssvikten er like stor som ved psykoser, for eksempel mani, alvorlig depresjon, og alvorlig anorexi.

A: behandlingvilkåret:

*Vesentlig bedring eller helbredelse:* krav om at tilstand skal bli merkbart bedre, men det er ikke satt forventning om tidskrav. Vurderingen må være at pasienten tilfriskner vesentlig mer med tvunget psykisk helsevern enn uten.

*Vesentlig forverret:* i vurdering av dette kriteriet må det godtgjøres at tvunget psykisk helsevern med stor sannsynlighet vil forhindre en vesentlig forverring i meget nær fremtid. Dette er et strengt kriterium, og det har vært flere saker i Lagmannsretten og Høyesterett som har definert tidskravet. I meget nær fremtid er i rettspraksis satt 2-3 måneder ved tablett behandling og 3-4 måneder ved depotbehandling, hvor tid er antatt utfra vurderingstidspunktet og ikke når pasienten slutter med medisiner (10, 17)

B: farevilkåret. Det må være en sammenheng mellom pasientens psykiske tilstand og farevurdering, og at farevurderingen er knyttet til at pasienten utgjør en fare uten psykisk helsevern.

Nærliggende og alvorlig: i alvorlig ligger det at det skal være et kvalifisert skadepotensial, en ikke helt enkelt målbar størrelse, og i nærliggende ligger det at faren må vurderes som reell, konkretiserbar og påregnelig. Faren må enten ha vist seg tidligere eller kunne dokumenteres på annen måte.

Fare for eget liv eller andres liv og helse: fare for liv gjelder suicid eller fare for livstruende vold mot andre. Fare for andres helse er angitt å være fare for psykiske reaksjoner som for eksempel som følge av trusler, og for eksempel psykisk overlast hos barn.

Manglende samtykkekompetanse: det er bestemmelsene i pasient og brukerrettighetsloven § 4-3 som skal legges til grunn (se eget punkt). «Det er et krav at pasienten **åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter**. Det skal med andre ord en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt å nekte å motta behandling. Siden beviskravet («åpenbart») er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente.»(9)

### **Faglig og materielt skikket:**

Institusjonen hvor vernet etableres må være godkjent i hht psykisk helsevernforskriften § 2. I tillegg skal det gjøres en individuell vurdering om hver enkelt pasient behov og om institusjonen er egnet til å ivareta det.

### **Rett til å uttale seg:**

I tillegg til den vedtaket gjelder har også nærmeste pårørende rett til å uttale seg før vedtaket fattes, og uttalelsen skal skrives ned. Spesielt tidligere erfaringer med tvang skal etterspørres.

### **Helhetsvurdering:**

Selv om øvrige vilkår er funnet å være oppfylt, skal det gjøres en vurdering som spesielt vektlegger belastningen tvangen medfører. Når en pasient vurderes samtykkekompetent, skal vernet avsluttes, men det er en avveining, spesielt når det er forverringskriteriet som gjenstår i langvarige behandlingsløp og pasienten ikke er samtykkekompetent.

### **Samtykkekompetanse – utdyping**

Samtykkekompetanse kom som tillegg til de øvrige vilkårene for vedtak om tvungen observasjon § 3-2, tvunget psykisk helsevern § 3-3 og undersøkelse og behandling uten eget samtykke § 4-4 i PHL gjeldende fra 01.09.17. Overordnet er det samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer hvilke krav som stilles til samtykkes form og gyldighet. Det er den som er faglig ansvarlig for vedtaket (vedtaksansvarlig) som skal vurdere



samtykkekompetansen gjennom personlig undersøkelse og samtale, i tillegg vil pasientens historikk og opplysninger fra pårørende og annet helsepersonell.

### **2.2.6 Hvordan vurderes samtykkekompetanse**

I rundskrivet Psykisk helsevernloven med kommentarer (9) til § 2-1 er det lagt til grunn at samtykkekompetanse skal vurderes utfra fire kriterier: forstå, anerkjenne, resonnerer og valg.

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

Det vises også til at manglende samtykkekompetanse ikke er absolutt, men at man kan ha manglende samtykkekompetanse i forhold til spesifikke områder. Det er også et premiss at hvis man gjenvinner samtykkekompetansen, bortfaller også grunnlaget for tvunget psykisk helsevern, og tvangen skal vedtas opphevet. Samtykkekompetansen skal også vurderes konkret for den aktuelle helsehjelpen.

Vurdering av samtykkekompetanse vil være basert på klinisk vurdering av de fire kriteriene, og vil nødvendigvis av den grunn ha et element av skjønn, i og med at det ikke er klare objektive kriterier. Det finnes noen standardiserte skjemaer som er oversatt til norsk, men disse er varierende brukt, og er mer som et hjelpeverktøy. Hvor ofte samtykkekompetanse blir vurdert vil også variere. Som minimum skal det gjøres når det fattes vedtak om §3-2, § 3-3 og § 4-4, og ved 3 mnd. kontroller og ved søknad om 1 års forlengelse. I kommentar til §2-1 står det at det skal gjøres løpende vurderinger., i praksis ved naturlige start og stopp punkt, og hvor pasientens tilstand og eller fungering synes endret.

### **2.2.7 Åpenbart ikke samtykkekompetent**

Kravet om 'åpenbart ikke samtykkekompetent' fremkommer av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, 2. ledd:

*«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»*

‘Åpenbart’ er et strengt krav, i praksis vil det si at hvis man som vedtaksansvarlig er i tvil skal man da vurdere at pasienten er samtykkekompetent.

## **2.3 Gjennomføring av psykisk helsevern**

Kapittel 4 i psykisk helsevernloven hjemler de ulike tiltakene som kan iverksettes i et behandlingsforløp. Med unntak av § 4-4 (behandling uten eget samtykke) og § 4-7 (rusmiddeltesting) skal det fattes vedtak selv om pasienten samtykker (§ 4-3 skjerming, § 4-8 tvangsmidler, § 4-10 overføring).

### **2.3.1 § 4-4 Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke**

Tvungen behandling med legemidler og ernæring er hjemlet i § 4-4. Det kan bare fattes vedtak om tvungen behandling hvis pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern § 3-3, det kan ikke benyttes for pasienter som er underlagt tvungen observasjon. Vedtak om tvunget psykisk helsevern i seg selv hjemler ikke slike tiltak, det må fattes eget vedtak.

§ 4-4: Vilåårene vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

*«Pasient som er under tvungent psykisk helsevern, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*

*Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:*

*a) Pasienten kan behandles med legemidler. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.*

*b) Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.*

*Undersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling.*

*Behandlingstiltak kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.*

*Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke 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.*

*Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.»*

Og videre fremkommer det krav for hvilke opplysninger som skal fremgå av vedtak. I den nye loven kom det inn et nytt punkt om at annet helsepersonell skulle være rådført før vedtak, i tillegg til at observasjonstiden er økt til fem dager. Klage på vedtak har oppsettende virkning, pasienten har rett til fri rettsråd, og kontrollkommisjonen skal bistå med oppnevning av advokat. Klage på vedtak skal behandles av Fylkesmannen.

Krav til hva vedtaket § 4-4 skal inneholde:

*«§ 4-4 a. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke*

*Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.*

*Vedtaket skal straks nedtegnes. I vedtaket skal det opplyses om:*

- 1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. § 4-4 første til fjerde ledd, er vurdert,*
- 2. hvilke virkemidler som skal kunne brukes for å gjennomføre behandlingen,*

- 3. vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd, og hva som i så fall er begrunnelsen,*
- 4. hvilken type og dosering av legemidler eller ernæring som skal kunne brukes,*
- 5. hvilken behandlingsmessig effekt legemiddelet forventes å ha og når effekten forventes å inntre,*
- 6. forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidlene,*
- 7. hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet framover,*
- 8. forhåndserklæringer eller uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang,*
- 9. pasientens syn på aktuelle frivillige tiltak,*
- 10. oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell og*
- 11. institusjonens opplegg for fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger av behandlingstiltaket.*

*Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtak etter paragrafen her til fylkesmannen.*

*Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.»*

### **2.3.2 Ikke samtykkekompetente pasienter og frivillig behandling**

Overordnet er det et vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern at pasienten ikke skal være samtykkekompetent, men også den motsatte at pasienter som mangler samtykkekompetanse ikke kan behandles frivillig. Dette har blitt oppfattet som et nytt premiss, men det har vært omtalt i pasient og bruker rettighetsloven. Fra Helsedirektoratet «Innledningsvis sier dere at "... etter det nye lovverket er det ikke lengre tillatt å behandle pasienter med en alvorlig sinnslidelse som ikke har samtykkekompetanse under frivillig psykisk helsevern, selv om pasienten ikke motsetter seg dette." Til orientering har dette heller ikke vært en mulighet før nevnte regelendring. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-3 femte ledd at dersom en pasient mangler samtykkekompetanse og samtidig har en alvorlig sinnslidelse,

kan behandling av psykisk lidelse bare skje etter phvl. kapittel 3, altså ved tvungent psykisk helsevern. Helsetjenesten er nok i større grad blitt oppmerksom på denne regelen ved innføringen av kompetansevilkåret.»(16) Denne problemstillingen vil bli drøftet nærmere i diskusjonen.

## **2.4 Roller og ansvar som beskrevet i psykisk helsevernloven**

### **2.4.1 Vedtaksansvarlig**

Rollen som vedtaksansvarlig er beskrevet i Psykisk helsevernforskriften med kommentarer § 21 (15): Kompetent personell i denne sammenhengen er leger som er spesialister enten i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, psykologspesialister med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi (og minst to års relevant praksis).

Vedtaksansvarlige er tildelt myndighet til å fatte vedtak iht. psykisk helsevernloven, med unntak for at bare leger kan fatte vedtak etter § 4-4.

Og videre i kommentar til §21:

*«Institusjonen skal organisere virksomheten slik at det til enhver tid er tilstrekkelig personell med vedtakskompetanse. Å bli utpekt til faglig ansvarlig medfører tildeling av myndighet til å treffe vedtak som er lagt til faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven. Det er viktig at det til enhver tid er klart hvem som har slik kompetanse, og utnevnelser bør derfor være skriftlige.»(15)*

### **2.4.2 Kontrollkommisjonen**

#### **Bakgrunn**

Kontrollkommisjonen som tilsynsorgan har vært en etablert funksjon i Norge siden Lov om Sindsyges behandling og forpleining i 1848. Det var ingen andre land som hadde denne ordningen med et eget kontrollorgan til hver institusjon. (18) Kontrollkommisjonens mandat fremkommer av psykisk helsevernloven § 6-1: «Hvor noen er under psykisk helsevern etter

*loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.»*

Kontrollkommisjonens oppgaver er beskrevet i Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet (19). Kontrollkommisjonen utnevnes av Fylkesmannen etter delegert myndighet fra departementet. Kontrollkommisjonens vedtak kan overprøves av domstolen.

### **Oppgave**

Kontrollkommisjonen skal være et uavhengig klage- og kontrollorgan og har en tredelt oppgave: den skal fungere som klageorgan og kontrollorgan med beslutningsmyndighet, og oppgave med velferdskontroll.

**Klageorgan:** for alle pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern har selvstendig klagerett til kontrollkommisjonen for vedtak innen tvunget psykisk helsevern (etablering, opprettholdelse eller opphør), i tillegg for vedtak innen kapittel 4. Klageretten gjelder også for nærmeste pårørende. Klage vedr vedtak om behandling av legemidler § 4-4 behandles av Fylkesmannen.

**Kontrollorgan:** kontrollkommisjonen skal på eget initiativ vurdere grunnlaget for tvunget psykisk helsevern 3 mnd. etter etablering, i tillegg hvert år. KK skal også gå igjennom alle vedtak om etablering og protokoll for alle tvangsvedtak

**Velferdskontroll:** Som tilleggsoppgave skal kontrollkommisjonen kontrollere det den finner nødvendig for pasientens velferd, men har ikke mulighet for å fatte vedtak eller gi pålegg. Hvis det avdekkes alvorlige forhold skal Fylkesmannen varsles, andre forhold tas opp direkte med institusjonens ledelse eller vedtaksansvarlig.

### **Medlemmer:**

Hver kommisjon består av fire medlemmer, en leder som er jurist som også er kvalifisert som dommer, et legemedlem som bør ha spesialiteten allmenntmedisin og to legemedlemmer hvorav den ene enten selv har vært under psykisk helsevern, eller er eller har vært nærstående til en pasient. Alle medlemmene oppnevnes for fire år og har personlig varerepresentant.(20)

## **Endringer av kontrollkommisjonens oppgaver**

Kontrollkommisjonens mandat, oppgaver og sammensetning har vært diskutert naturlig nok i løpet av de 170 årene dette særnorske tilsynsorganet har eksistert. Noe av kritikken i senere tid har gått på hvor uavhengig kontrollkommisjonen er fra institusjonen, utvikling av ulik lovforståelse, manglende psykiatrisk kompetanse ved at legemedlemmet ikke er psykiater, og spørsmål om habilitet ved at leder av kontrollkommisjonen ikke sjelden har det som bierverv ved siden av dommerstilling.(18)

## **2.5 Oppsummering bakgrunn**

Lov om psykisk helsevern har vært en lov i utvikling siden 1848. Lovendringene har gjenspeilet samfunnsutviklingen, og den økende rettsliggjøringen av pasientrettigheter. Sist lovendring integrerer menneskerettighet konvensjoner som Norge har sluttet seg til, og samtykke kompetanse innføres som et nytt begrep i psykisk helsevern loven. Manglende samtykke kompetanse er ikke et nytt begrep, det fremkommer av pasient og brukerrettighetsloven, men det har ikke vært et selvstendig vilkår før.

Tvang er frihetsberøvelse og rettsliggjøringen av psykisk helsevern ivaretar individets retter. Kravene til vurderingene er omfattende som det fremkommer over, og krever mer arbeid av vedtaksansvarlige. Spørsmålet er om lovtekst, intensjon og klinisk praksis er sammenfallende, og hva som evt skiller dem.

## 3 Teori beslutningsprosess

Beslutninger tas hver dag og hele tiden i helsevesenet. I dette kapitlet vil jeg beskrive teori knyttet til overordnede organisatoriske beslutningsprosesser, rasjonell beslutningsprosess, som kan være aktuelt for å drøfte prosesser opp mot både kunnskapsgrunnlaget for vedtak om endring i psykisk helsevernlov, og opp mot den beslutningssituasjonen det enkelte helsepersonell står overfor, dvs. hvorvidt de har en normrasjonell eller en formålsrasjonell tilnærming til beslutningssituasjoner, der lovgivning om tvang kommer til anvendelse. I tillegg tas beslutninger under en etisk overbygging er et valg riktig om det er basert på riktig prosess (pliktetikk) eller optimalisering av konsekvens av valget (konsekvensetikk).

### 3.1 Rasjonell beslutningsprosess

En ideell beslutningsprosess er rasjonell, ved at det angir hvordan man ideelt sett bør fatte beslutninger. Formålsrasjonalisme er rasjonalitet knyttet til valg av virkemiddel for å nå et mål – man innhenter informasjon om alternativer og konsekvenser av disse, og velger det alternativ som best fremmer formålet. Kvaliteten på beslutningen om valg av virkemidler vurderes og måles dermed opp mot hvorvidt virkemiddelet er egnet til måloppnåelse.

Den ideelle rasjonelle fremgangsmåten ved beslutningsprosesser inneholder følgende elementer (21) s. 301:

1. Situasjonen vurderes, og man analyserer hva som kjennetegner problemet, og hvilke utfordringer det representerer.
2. Ulike løsninger på problemet kartlegges.
3. Konsekvenser knyttet til de ulike løsningene vurderes.
4. Ulike konsekvenser sammenliknes, og vurderes opp mot hverandre.
5. Det alternativet som har de beste konsekvensene, velges.

Dette bygger på at en antakelse om at beslutningstaker kan handle perfekt rasjonelt (21) s 302. Det forutsetter klare mål, preferanser og full informasjon. Dette beskriver et ideal, hva man skal strekke seg etter i beslutninger, men er ikke nødvendigvis en beskrivelse av virkeligheten. Perfekt rasjonalitet som modell i virkeligheten har utfordringer; «men ingen



kan handle perfekt rasjonelt (), fordi ingen har full informasjon om alle mulige alternative løsninger med konsekvenser slik at man kan velge det alternativet som med sikkerhet vil gi maksimal nytte» ((21)s. 303) Samtidig streber en beslutningstaker mot det rasjonelle som ideal, men med de begrensingene som nevnt over kan det betegnes som begrenset rasjonell adferd. Dette kjennetegnes av følgende ((21)s 304):

1. Man har et mål, men disse er ofte uklare og skiftende
2. Man vurderer enkelte mulige alternative løsninger og enkelte konsekvenser av disse alternativene
3. Man vurderer alternativene sekvensielt, etter hvert som man har kapasitet til å behandle dem.
4. Man velger det første tilfredsstillende alternativet som dukker opp.

En slik type beslutningsadferd kan betegnes som satifiserende ((21) s 304), man går for det som er godt nok, det alternativet som gir tilfredsstillende resultat i forhold til mål, uten å vite sikkert om at det er det beste. I denne type beslutninger er det både usikkerhet og uklarhet. «Satisfisering åpner for at den informasjon man eksponeres for, i hvilken rekkefølge alternativer presenteres, og de regler og normer som finnes for å velge mellom alternativer, er viktige for hvilket alternativ som blir valgt.» ((21) s 304). I stedet for å innhente all informasjon, vil man i tråd med en slik modell innhente så mye som er mulig gitt at man skal få et tilfredsstillende grunnlag for å fatte en beslutning som kan bidra til å oppnå målet. Selv om informasjonsforutsetningen gjøre mer «fleksibel» enn hva forutsetningen om «perfekt informasjon» tilsier, beholdes likevel i denne modellen idealet om kunnskapsbaserte beslutninger, dvs. at en rasjonell beslutningsmodell forutsetter innhenting av informasjon, vurdering av alternativer på grunnlag av informasjonen, og valg av det alternativ am n antar gir best måloppnåelse.

En beslutning i en organisasjon foretas i liten grad av enkeltpersoner. For å forstå beslutninger må man også se på: hvilke aktører som deltar, på hvilket tidspunkt deltar de, hva slags informasjon og interesser aktørene har, og hva slags fora de deltar i for å fatte beslutningene. ((21) s 311)

Deltakerne vil i en beslutningsprosess være representanter for sin faglighet, interesseområder og erfaring, og de vil vektlegge informasjon og interesseområder ulikt. Representasjon inn i

en beslutningsgruppe vil derfor også påvirke informasjonen som blir lagt til grunn for beslutninger: «noe informasjon blir fokusert, mens annen informasjon blir oversett eller lite vektlagt» ((21) s 312)

Hva slags forum beslutningen tas i varier også, men kan beskrives etter tre dimensjoner: mandat, deltakelsesretter og -plikter og beslutningsprosedyrer. ((21)s 313):

## **3.2 Normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell**

Ved beslutninger i helsevesenet kan det skilles mellom to overordnede modeller som begge kan karakteriseres som rasjonelle beslutningsmodeller ((22)s26).

1. Normrasjonell beslutningsmodell
2. Formålsrasjonell beslutningsmodell

### **3.2.1 Normrasjonell beslutningsmodell (Juridisk)**

I normrasjonell beslutningsmodell treffes avgjørelse om hva som er juridisk rett å gjøre utfra: «rett avgjørelse følger av det normen, det vil si rettsregelen, sier er løsningen på spørsmålet. «

En rettsregel fremkommer av rettskildefaktorer. Ved ulike problemstillinger vil det være ulike bestemmelser, rettskildefaktorer, som vil bidra til å avklare dette. Rettskildefaktorene er flere, og følger faste prinsipper for rangering bla lov foran forskrift, internasjonale konvensjoner (som Norge har sluttet seg til) foran lov og forskrift, nyeste lov foran eldre, spesiallov foran generell lov. Rangeringen kommer til nytte når kildene peker i forskjellig retning. En av rettskildene er reelle hensyn, som er en lavt rangert kilde. Inn under reelle hensyn ligger rettferdighets-/rimelighetsbetraktninger, hvilke avveininger fører frem til gode og rettferdige beslutninger. Helsevesenet og helsepersonell utøvelse er regulert av lov, men ordbruk som åpner for skjønnsmessige vurderinger for eksempel «når forholdene tilsier det, kan ...» åpner for ulik forståelse og dermed ulik handling. ((22) s 31) Det kan gi rom for formålsrasjonelle beslutningsmodeller innenfor rammen av en normrasjonell beslutningsmodell.

Helsepersonells yrkesutøvelse/praksis er i stor grad styrt av lov, men det er ikke å forvente at helsepersonell skal ha detaljoversikt over rettsregler, men at det er et system for å lage rutiner for å sikre lik praksis.

### **3.2.2 Formålsrasjonell beslutningsmodell:**

En formålsrasjonell beslutningsmodell kan i teorien komme i konflikt med en normrasjonell tilnærming. Den riktige beslutningen er den som vurderes som mest hensiktsmessig for å nå bestemte mål. Helsepersonell vil etter denne modellen handle i samsvar med hva de oppfatter som best for å fremme ulike pålagte eller egenprioriterte mål ((22) s 27). Dermed kan det oppstå situasjoner der man velger å se bort ifra hva loven strengt tatt foreskriver av handling, hvis dette oppfattes å komme i konflikt med det man oppfatter å være til pasientens beste. Dette kan i stilisert form beskrives som «målet helliger middelet» - man foretar handlinger som ikke er i tråd med det loven sier fordi man mener dette vil være riktig for å beskytte pasientens liv og helse.

Den formålsrasjonelle trenger ikke komme i konflikt med eller føre til ulikt resultat som, den normrasjonelle modellen, hvis beslutningstaker (helsepersonell) vektlegger de samme hensynene som lovgiver har lagt til grunn. Hvis det ikke er tilfellet, vil en formålsrasjonell beslutningsmodell kunne medføre at det treffes en ikke-rettslig riktig avgjørelse fordi den som tar beslutningen ikke «legger de samme hensynene til grunn for sin avgjørelse som de hensynene som har motivert lovgiver til å utforme rettsregelen slik den ble. « ((22) s 27)

### **3.2.3 Beslutninger basert på skjønn**

Som nevnt over er det også i normativ beslutningsmodell rom for skjønn, når ordbruken åpner for det. I lovtekst skilles det mellom «skal» og «kan», ved «kan» er det opptil helsepersonell selv å fatte en beslutning ved bruk av skjønn. Det er allikevel begrensinger for hva som regnes som lovlig skjønn, det skal ikke være misbruk av myndighet. For å sikre mot myndighetsmisbruk må den som utøver skjønn sikre at: ((22) s 36)

- a. Ikke kan velge løsninger som bryter med formålet med lovgivningen på det aktuelle området
- b. Ikke kan behandle like tilfeller ulikt
- c. ikke kan treffe avgjørelser som er åpenbart urimelige

Så lenge disse prinsippene er i varetatt vil skjønnet ikke bli overprøvd av domstolene, fordi det er lagt til helsepersonell å utøve dette skjønnet, og da er det meningen at de også skal få

gjøre det. Det er noen unntak, bla er domstolene gitt hjemmel til å prøve skjønnen i sin helhet for beslutninger om bruk av tvang iht. PHL. ((22) s 36)

### **3.2.4 Strategisk tilpasning**

Ved beslutning vil det helsepersonell som skal fatte beslutning se fakta i saken oppimot rettskilder, eller i praksis mot etablerte rutiner og finne en løsning. I praksis er det flere utfordringer:

- helsepersonell kjenner ikke til regelverket eller interne rutiner
- Fakta og rettsregler kan være uklare og motstridende
- anvendelse av regelverket fører ikke til det resultatet som helsepersonell synes er hensiktsmessig.

Når resultatet ikke vurderes som hensiktsmessig kan videre prosess bli å justere/tilpasse fakta til den rettsregelen man ønsker (eller ikke ønsker anvendt), eller forstå rettsregelen annerledes enn den fortolkningen som er i samsvar med juridisk metode. Det som skjer da er et «skinnsamsvar» hvor helsepersonell legger til grunn en formålsrasjonell metode, men tilsynelatende anvender en normrasjonell metode. ((22) s 37)

## **3.3 Valg etter etiske modeller**

I yrkesutøvelse må helsepersonell velge mellom ulike type handlinger. Beslutningsprosesser kan som redegjort for over være norm- eller formålsrasjonelle. Helsepersonell forholder seg også til etiske standarder i sin yrkesutøvelse, både skrevne og uskrevne, og etiske vurderinger kan komme i konflikt med rettsregler. «Etiske vurderinger kan benyttes til å rettferdiggjøre handlinger eller overbevise om at det er riktig konklusjon». ((23) s 46)

Etiske beslutningsmodeller kan overordnet skilles mellom:

1. Pliktetikk
2. Formålsetikk (konsekvensetikk)

## **Pliktetikk**

I pliktetikken er valgene styrt av faste regler og normer. Det å følge regler med liten grad av egen refleksjon er idealet. Rasjonale for en slik tilnærming kan være opplevd ideal om å likebehandle, ikke utøve skjønn. Pliktetikken har som system mest til felles med juridisk (normbasert metode). «Innenfor pliktetikk er ikke oppmerksomheten rettet mot konsekvensene av en handling eller unnlattelse, men mot handlingen i seg selv.»( (23) s.48)

## **Konsekvensetikk**

I konsekvensetikk er valgene noe styrt av regler, men ved valg vektlegges vurderinger av nytte/konsekvens av valget hvor man styrer mot å optimalisere utfallet. «Hvis konsekvensene er gode, er handlingen god» ((23) s 49) Som premiss ligger det at det skal være mulig å forutse konsekvensen, noe som ikke alltid vil være tilfellet. Det kan medføre at valget kan ha uforutsette negative konsekvenser selv om intensjonen er god. Konsekvensetikken kan relateres til den formålsrasjonelle modellen, hvor det legitimerer at det å beslutte utfra konsekvensen av valget er etisk riktigere enn å følge normen.

Som helsepersonell vil en beslutningsprosess både innbefatte valg relatert til lov, men også etiske avveiiinger som både kan være personlige og i sammenheng med yrkesetiske regler. Ved opplevde vanskelige vurderinger er det ikke åpenbart hva som både er et riktig og et godt valg. Hvis man som helsepersonell opplever at lovgivningen gir uheldige konsekvenser, er det rettsreglene som har forrang. «Dersom det er konflikt mellom etiske regler og rettsregler, er det rettsreglene som går foran. En lovbestemmelse som gir en klar løsning på et etisk dilemma viker ikke for etiske overveielser. Begrunnelsen er at en enkelt persons eller interessegruppes moraloppfatning ikke kan suspendere regler som er besluttet av Stortinget etter en demokratisk prosess». ((23) s 46)

## **3.4 Oppsummering teori**

Beslutningsprosesser er komplekse og både preget av hvem som tar beslutningene og i hvilken sammenheng. Prosess mot lovending er som beskrevet langsom, det tok 6 år fra avgitt NOU til vedtatt lov, men de beslutninger i klinisk praksis må tas der og da. Selv om tidsaspektet er ulikt kan beslutningsprosesser allikevel ha fellestrekk med tanke på hva som vektlegges. I diskusjonsdelen vil jeg drøfte funnene fra litteratur gjennomgang og intervjuene i lys av beslutningsteori. Var lovendringen preget av en rasjonell beslutningsprosess med klare

og tydelig mål, hva var kunnskapsgrunlaget forut for beslutning, var det det underbygget at det var sammenheng mellom mål og tiltak og ikke minst var mulige utilsiktede konsekvenser drøftet. Funn fra intervjuene vil bli vurdert opp imot hvordan vedtaksanvarlig forstår og anvender lovverket, og se det opp mot normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

# 4 Metode

## 4.1 Hvorfor valg av kvalitativ metode

Problemstillingen jeg ønsker å belyse er beslutningsprosess for lovendringen gjeldende fra 01.09.2017 med innføring av samtykke kompetanse som nytt vilkår, og hvordan psykisk helsevernloven forstås og anvendes av vedtaksansvarlige. Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode, dvs. dokumentanalyse og intervjuer, for å undersøke problemstillingen, siden jeg studerer både grunnlaget for lovgivningen og erfaringer, holdninger og avveininger til vedtaksansvarlige som håndterer lovgivningen. De som har vedtaksansvar begrunner og tar beslutninger opp imot lovtekst. Dette kan igjen sees i sammenheng med de beslutningsprosessene som ligger forut for lovendringen i Psykisk helsevernloven. Hensikten med metoden er å forsøke å beskrive og forstå beslutningstageres begrunnelser for egen praksis og analysere disse opp mot beslutningsteori. Er det sammenfall mellom lovgivers mål og intensjoner og hva som vektlegges i praksisfeltet når vedtaksansvarlige vurderer pasienter opp mot vilkårene i Psykisk helsevernloven. Vel så viktig som å beskrive hva som skal gjøres i en studie er å vurdere om de evt funnene som gjøres kan brukes til noe, pragmatisk validitet innebærer både at kunnskapen skal være gyldig, men også anvendelige. Vil de spørsmålene som stilles gi «svar som vil føre til noen praktiske konsekvenser innenfor den virkeligheten hvor problemstillingen hører hjemme». ((24)s. 198)

## 4.2 Beskrivelse av designet

Innledningsvis har jeg startet med en litteraturgjennomgang, herunder en gjennomgang av forarbeider og høringsinnspill til lovendringen i 2017. Litteraturgjennomgangen vil gi meg bakgrunn for lovendringen, inkl. hvilken kunnskap som lå til grunn, vurderinger av alternative tiltak og hvilke mål for lovendringen som ble formulert. Dette blir senere drøftet opp mot forutsetningene i en rasjonell beslutningsmodell. Så har jeg valgt å intervju vedtaksansvarlige ved bruk av fokusgruppeintervjuer – dette for å få belyst praksis og erfaringer de har gjort seg når de fatter vedtak. Jeg har valgt en semistrukturert intervjumetode, der intervjumalen er utviklet på grunnlag av teorigjennomgangen og egne erfaringer som vedtaksansvarlig. Denne metoden har som fordel at man får intervjuet vedtaksansvarlige med spesifikk kunnskap, et strategisk utvalg.

Metode for analyse er systematisk tekstkondensering som blir beskrevet senere i kapittelet.

(24) Funnene herifra vil bli drøftet opp mot funn i litteraturgjennomgang, og en normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

Dette forskningsdesignet belyser problemstillingen både fra et teoretisk ståsted, men også sett opp imot den praktiske virkelighet hvor den kommer til anvendelse.

#### **4.2.1 Litteraturgjennomgang**

For å beskrive bakgrunn for lov og lovendringer har jeg analysert lovtekst, kommentarer, høringsinnspill og forarbeider. Selve lovteksten er hentet fra Lovdata, og Psykisk helsevernloven med kommentarer fra Helsedirektoratets hjemmeside. NOU og Stortingsproposisjoner er hentet fra regjeringen.no og HOD (Helse og omsorgsdepartementet). Andre kilder fra Helsedirektoratet er rundskriv og brev, knyttet til fortolkninger og presiseringer av lovverket innen psykisk helsevern. Dette er offentlige kilder som er allment tilgjengelige.

#### **4.2.2 Fokusgruppeintervjuer**

##### **Utvalg:**

For å belyse problemstillingen ble data innhentet fra intervjuer av vedtaksansvarlige innen psykisk helsevern. Tilsammen deltok ni vedtaksansvarlige, to av intervjuene var med vedtaksansvarlige på DPS (distriktpsikiatrisk senter) og ett intervju med vedtaksansvarlig på sykehus (døgneheter.) Det var overlege og psykologspesialist tilstede i alle intervjuene. I forhold til den konkrete problemstillingen jeg ønsker å undersøke har vedtaksansvarlige spesifikk kunnskap og erfaring som kan belyse denne. Dette kan defineres som et strategisk utvalg, hvor kunnskapen om problemstillingen ansees å være høy nok til å kunne belyse problemstillingen i tilstrekkelig dybde og bredde. ((24) s. 58) Antall deltagere og antall intervjuer ble vurdert utfra informasjonsstyrken, jeg planla først tre intervjuer og ville deretter vurdere behovet for evt flere når intervjuene var gjennomført.

##### **Rekruttering:**

Vedtaksansvarlige ble rekruttert ved at jeg sendte en mail med kort beskrivelse av problemstilling til medisinsk faglig rådgiver/avdelingsoverleger ved tre avdelinger innen



psykisk helsevern og ba om hjelp til å komme i kontakt med vedtaksansvarlige. Jeg fikk deretter rask tilbakemelding på mail om hvem jeg skulle kontakte og intervjuavtale ble avtalt på mail. Alle deltagerne hadde fått tilsendt beskrivelse av prosjektet (NSD mal) i forkant av intervjuet, og samtykkeskjema vedrørende innhenting av data ble signert før opptak

### **Semistrukturerte intervjuer:**

For å innhente erfaringer fra vedtaksansvarlige spesialister valgte jeg semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med intervju mal. Fokusgrupper «er spesielt godt egnet hvis vi vil lære av om erfaringer, holdninger og eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler.» (25) Til sammen var det tre intervjuer av 50-60 min varighet, varigheten var utfra hva som var mulig å få til på dagtid. Det var til sammen ni personer som deltok i intervjuene, i grupper på tre, fire og to. Intervjuene ble gjennomført i perioden 18.10.19 til 15.11.19. Intervjuene ble tatt opp, sikkert lagret, transkribert, og originale opptak ble slettet etter at intervjuene var gjennomgått og fullstendig anonymisert iht. NSDs krav.

### **Intervju:**

Det var utarbeidet en intervju mal, se vedlegg. Spørsmålene var både konkrete, men også rettet mot refleksjon rundt praksis, både når det gjelder vedtak, opplevde dilemmaer, hva som vektlegges ved vurderinger. Intervjuene var semistrukturerte, som innebar at jeg startet med en generell introduksjon om problemstilling, før jeg stilte første spørsmål. Det ble presisert at jeg både vil høre om erfaringer, men også om refleksjoner rundt praksis. Rekkefølgen på spørsmål ble tilpasset utviklingen i samtalen.

Jeg utdypet problemstillingene og spørsmålene der hvor det kjentes naturlig, ellers prøvde jeg å la samtalen flyte mest mulig mellom de ulike deltageren inntil det var tid for å gå videre. Alle deltagerne deltok i intervjuene, og de stilte også spørsmål til hverandre, og fulgte opp andres innspill uten å bli oppfordret til det.

### **Vurdering av informasjonsstyrke**

Antall intervjuer nødvendig for å ha tilstrekkelig informasjon varierer avhengig av informasjonstyrken. Antall deltagere og antall intervjuer ble vurdert utfra informasjonstyrken, «Med høy informasjonsstyrke i utvalget trenger vi færre intervjuer» ((24) s 63) Et utvalget informasjonsstyrke henger sammen med studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet angående problemstilling, studiens grad av teoretisk forankring,

kvaliteten i dialogene, samt analysestrategi som er valgt. ((24)s 63). Deltagere var som før nevnt et strategisk utvalg, det var fra to nivåer (Sykehus og DPS), begge fagprofesjonene var representert og de var en blanding av ulike erfaringslengder. Det generelle inntrykket var at problemstillingen og utfordringene i klinisk praksis var gjenkjennbart, kjennskap til lovverket var godt, og at det var mange av de samme erfaringene og problemområder som ble løftet frem. Intervjuene fløt fint, problemstillingen var engasjerende, og alle deltagerne virket å kunne reflektere og samsnakke fritt. Jeg vurderte etter siste intervju at jeg hadde oppnådd høy nok informasjonsstyrke gjennom utvalget til å ha kunnskap om problemstillingen, og at det ikke ville tilkomme mer innsikt med et intervju til.

### **4.2.3 Begrensninger**

Utvalg: Utvalget av vedtaksansvarlige er fra helseforetak i Osloområdet. Overordnet skal det være lik lovforståelse og praksis, men tvangstalloversikten fra Helsedirektoratet(7) viser at det er geografisk variasjon i tvangstall som kan tyde på ulike praksiser. Det er mulig at det å utvide antall intervjuer, slik at også andre områder i landet hadde blitt dekket, ville fått frem andre funn og perspektiver. Jeg vurderte likevel at mitt utvalg av intervjuer ga tilstrekkelig informasjon for å den skisserte problemstillingen. Det kom frem i intervjuene at det oppleves å være ulike lovforståelser mellom kontrollkommisjonene, og det kunne vært interessant som et eget tema i seg selv å kartlegge hva kontrollkommisjonene vektlegger i sine vurderinger. I denne oppgaven vurderte jeg det slik at gjentatt re-fortelling om at vedtaksansvarlige opplever ulike praksiser blant kontrollkommisjoner er tilstrekkelig som funn.

Bruker og pårørendes erfaringer og holdninger ble ikke innhentet, men vil absolutt kunne være relevante. Det krever imidlertid et annet prosjektdesign og omfang, inkl. prosjektgodkjenning REK, og det tenker jeg best vil kunne belyses innenfor et større prosjekt.

Lovgivers intensjon fremkommer av skriftlige kilder, og ble vurdert tilstrekkelig som dokumentasjon til denne oppgaven.

### **4.2.4 Intervjuerens rolle**

Min egen bakgrunn har betydning for gjennomføring av intervjuene og tolkning av resultatene. «Som forsker er jeg selv deltager i feltet jeg henter mitt materiale» ((24) s 41). Jeg er psykiater og har 15 års erfaring som vedtaksansvarlig, og det er min forståelse om

problemstillingen som har vært min driver for å prøve å finne ut mer. I intervjuene var jeg bevisst på at jeg ikke selv skulle delta aktivt i diskusjonen og at jeg ikke skulle ta for mye plass ved for eksempel å trekke konklusjoner. Samtidig leste jeg ikke bare opp spørsmålene, jeg var aktivt med for å utdype og forklare nærmere hva jeg mente med spørsmålene. Jeg gikk videre tilbake for å spørre om mer utdyping på enkelte av temaene som ble tatt opp tidligere i samtalen.

### 4.3 Tekstanalyse

Intervjuene ble transkribert, til sammen 22 500 ord. De ulike deltageren fikk tildelt ulike bokstaver eller tall. Deretter ble teksten anonymisert ved at alle navn og identifiserbare opplysninger ble fjernet. Teksten ble videre analysert etter metoden systemisk tekstkondensering ((24) kap. 11).

Første trinn var etter gjennomlesning å sette opp fire **foreløpige temaer**: samtykke kompetanse/ individuelle skjønn, konsekvenser lovendring, kontrollorganer (kontrollkommisjon/fylkesmann), påvirkning pasient-behandler-relasjon.

Andre trinn var koding. Intervjuene ble gjennomlest, og **meningsbærende enheter** ble identifisert. Meningsbærende enheter er teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen. Disse ble **kodet** utfra oppsatte temaer, og samlet med disse som overskrift.

Tredje trinn var kondensering, hvor første trinn var å sortere tekstutdragene i subgrupper under de foreløpige temaene. Når det ble sammenstilt slik, kom det frem nye momenter som ikke hadde vært så tydelige når de sto hver for seg i intervjuene, som for eksempel momentene knyttet til strategisk tilpasning. For hver subgruppe ble det forsøkt en fortettet meningsbærende oppsummering.

Fjerde trinn var sammenfatning hvor tekstsitatene ble satt sammen for å gi kunnskap om den opprinnelige problemstillingen hvor jeg beskriver og fortolker funnene, se eget funn kapittel.

### 4.4 Validitet og reliabilitet

Ved valg av metode er det viktig å spørre seg om hva kan mine data si noe om, hva er det sant om (gyldig) og er det overførbare funn som kan si noe utover den sammenhengen de kartlagt i. (Intern og ekstern validitet). ((24) Reliabilitet går på om funnene kan etterprøves, hvor

troverdig er data? I denne studien hvis en annen hadde gjort intervjuene og lest forarbeidene til lovendringen og analysert i samme teoretiske ramme, ville funnene blitt like? Og hvis intervjuene hadde blitt gjort et annet sted i landet ville det gitt samme resultat? I kvalitativ forskning er det rom for flere tolkningsmuligheter, og flere gyldige versjoner av kunnskap uten at man regner alle som like relevante ((24)s. 25) Jeg mener mine funn er valide i den sammenhengen de ble hentet inn og i den teoretiske rammen de ble diskutert. Det å innhente og kartlegge erfaringer fra dem som har som oppgave å forvalte tvang er nyttig kunnskap. Det sier noe om etterlevelse, avstand mellom lovgiver og utøver, ikke tilsiktede konsekvenser for pasienter.

## 5 Funn

I denne oppgaven henter jeg kunnskap fra to kilder. Det ene er litteraturgjennomgang med hovedvekt på kunnskapsgrunnlaget og intensjonen bak endringene i Psykisk helsevernloven. Det andre er praktisering av lovverket hvor kilden til kunnskap er fokusgruppeintervju med vedtaksansvarlige.

### 5.1 Bakgrunn for lovendring- motivasjon og kunnskapsgrunnlag

#### 5.1.1 Med lov skal lande bygges: Helsepolitikk gjennom helserett

Mål -virkemiddel:

Helsepolitikk styres av flere forhold, helse er et av flere viktige områder i vårt samfunn, og prioritering av ressurser er nødvendig, og hva som skal brukes til helse og på hvilken måte er politisk styrt. Helsepolitiske mål oppnås gjennom flere ulike tiltak: økonomi, organisering, pedagogiske og juridiske virkemiddel. Juridiske virkemidler har over tid blitt brukt for å gjennomføre nasjonale tiltak ((22)s 74), og det forplikter de som forvalter helsetjenestene å følge opp krav til tiltak som er fastsatt i lov. En gjennomgående driver i endrede og nye helselover har vært styrking av pasientrettighetene som et politisk mål, pasientens behov skulle være utgangspunkt for all helsehjelp. ((22)s75). I «Helsemeldingen, St meld nr. 50 (1993-94) «Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for bedre helsetjeneste»(26) fremgår det: «Pasientrettigheter kan også brukes som styringsverktøy og et virkemiddel for å sikre vedtatte prioriteringer», samtidig med en bekymring «Reglene må imidlertid utformes slik at det ikke fører til unødvendig byråkratisering slik at helsepersonell må bruke mer tid på saksbehandling fremfor pasientbehandling.» For helselovene som ble vedtatt i 1999 hvor målet var styrkede pasientrettigheter ble bruk av lover brukt som styringsmiddel for å oppnå dette. ((22) s 77)

### **5.1.2 Endring i psykisk helsevernloven, hva er mål og tiltak**

Regjeringen nedsatte i 2010 et lovutvalg som skulle utrede reglene om tvang innen psykisk helsevern. Utvalget, Paulsrud utvalget, leverte NOU 2011:9 økt selvbestemmelse og rettsikkerhet.(27)

I juni 2016 ble Prop. 147 L (2015-2016) Endring i psykiskhelsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)(1) vedtatt. I oppsummeringen av hovedinnhold fremgår det: «Tvang skal bare brukes når det er helt nødvendig og som siste utvei. Styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettsikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang. Medvirkning og selvbestemmelse er også sentrale elementer i regjeringens arbeid med å skape pasientens og brukerens helsetjeneste». Det kan oppsummeres som to hovedmål: redusere tvangsbruk og styrke pasientens rettigheter. Tiltaket er gjennom lovendring å innføre manglende samtykkekompetanse som krav for etablering, og ved styrke krav til medvirkning og begrunnelse.

I NOU 2011:9 (27) var begrepet beslutningskompetanse brukt for å synliggjøre at det innbefatter både å samtykke til og det å nekte helsehjelp. I lovforslaget ble det vurdert at det var hensiktsmessig å opprettholde begrepet samtykkekompetanse som samsvarer med begrepet i Pasient og brukerrettighetsloven.

### **5.1.3 Vurdering av konsekvenser av lovendring**

I stortingsproposisjonen Prop 147 L (1) er det en gjennomgang av aktuelle høringsvar til NOU 2011:9 (27), med Helse og omsorgsdepartementets vurderinger og forslag. Det var i høringsvarene generell oppslutning om kompetansebasert modell (kunne nekte behandling), men det var flere innvendinger knyttet til hvordan beslutningskompetanse skulle vurderes og hvordan man skal forholde seg til endringer fra bl.a. Legeforeningen: «utøvelse av klinisk skjønn derfor i mange sammenhenger vil kunne være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn de aktuelle forslagene synes å forutsette» ((1), s 23). Videre fra Helsetilsynet: «I tillegg kan det synes som om systematikken for gjennomføring av «beslutningskompetanse» kan fremstå både som komplisert og i unødig grad kan virke byråkratiserende». Flere bla Legeforeningen stilte også spørsmål om krav om beslutningskompetanse ville kunne medføre økt bruk av tvang.

I Helse og omsorgsdepartementets vurdering er innføring av krav om manglende samtykke kompetanse en lovendring som styrker selvbestemmelse i samsvar med internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, og vil også styrke rettsikkerheten til pasienter gjennom en sterkere rettsliggjøring av tvunget psykisk helsevern. Når det gjelder målet om redusert tvang, mente HOD ((1)s 25) at «en kompetansebasert modell vil medføre mindre bruk av tvang i de tilfellene der tvangen vanskelig lar seg forsvare etisk», og da spesielt aktuelt for pasienter under tvunget vern uten døgnopphold. Vedrørende vurdering av samtykkekompetanse understreket HOD at det må gis god opplæring og veiledning, og at en beslutning blir kvalitetssikret. (Uten at det fremgår på hvilken måte utover mulighet for tverrfaglig vurdering i team). Regler om samtykkekompetanse innen psykisk helsevern skal bygge på regler om samtykkekompetanse i pasient og brukerrettighetsloven.

I oppsummering administrative og økonomiske konsekvenser av lovforslaget ((1)s 47) vurderes det som sannsynlig at antall tvangsbruk vil gå ned: «I liket med utvalgets flertall mener departementet at det er sannsynlig at forslaget vil føre til færre tvangsinnleggelse enn det som følger av dagens lov og praksis», og videre en vurdering om at oppholdene vil bli kortere, og at lovendringen vil ha særlig betydning for pasienter under tvunget psykisk helsevern uten døgn. Det blir også drøftet om det vil være mer aktiv søkning etter kriterier for fare for andre, og at det vil kunne redusere virkningen av regelendringen.

#### **5.1.4 Manglende samtykke kompetanse, et kunnskapsbasert begrep?**

NOU 2011:9(27) og høringssvarene danner bakgrunnen for lovforslaget hvor manglende samtykkekompetanse ble innført som en forutsetning for å kunne etablere tvunget psykisk helsevern.

I NOU 2011:9 er de førende prinsippene rett til selvbestemmelse og integrering av internasjonale konvensjoner i norsk lov sentralt i diskusjoner og forslag til endring. Utfordringer knyttet til samtykkevurderinger blir drøftet i kapittel 13, hvor det vises til at det må være mulig å foreta vurderinger på en pålitelig måte hvor det må vektlegges skjønnsutøvelse, helhetsvurderinger, tverrfaglige diskusjoner og krav om kompetanse. I tillegg vises det til de fire dimensjonene forstå, anerkjenne, resonere og uttrykke et valg. I utvalgets vurdering står det (27) s 154 : «vurdering av beslutningskompetanse ved spørsmål om psykisk helsehjelp kan være særlig utfordrende, fordi symptom bildet ved psykisk lidelse i mindre grad er objektivt registrerbart sammenlignet med somatisk lidelse. Dette kan bidra til

større konflikt «om faktum» mellom helsepersonell og pasient. Utvalget har likevel lagt lite vekt på denne innvendingen, da kompetansevurderinger i dag spiller en sentral rolle i psykisk helsevern.» Her har utvalget vist til at det er vansker med å bruke samtykke kompetanse som en objektiv størrelse, men velger å ikke legge vekt på det fordi det spiller en sentral rolle allerede. I høringssvarene problematiseres det derimot at det ikke er entydig, fra OUS ((27) s. 22): «En global vurdering av pasientens generelle beslutningskompetanse hvor det konkluderes entydig og saksuavhengig, vil ofte ikke passe med klinisk opplevd virkelighet.»

### **5.1.5 Konsekvenser av å innføre manglende samtykkekompetanse**

NOU 2011:9 (27) foreslo en lovendring i § 2-3 for pasienter som mangler beslutningskompetanse og som ikke uttrykker motstand mot helsehjelpen (For å likestille med PBRL § 4A) . For denne gruppen er det bestemmelsene i PBRL § 4-3 5. ledd som kommer til anvendelse. Dette betegnes i NOU som det utvidete tvangsbegrep: « Resultatet er at personer som har behov for spesialisert psykisk helsehjelp, men som hverken protesterer eller er i stand til å gi avgi et gyldig samtykke, blir «slust» inn under tvangsreglene i psykisk helsevernloven»((27) s.157) Formålet er at ved etablert tvang vil dette beskytte pasienten gjennom de kontrollorganene som er i psykisk helsevern loven. Utvalget viser til at etablering av helsehjelp blir unødvendig komplisert og har et konkret forslag til endring i § 2-3 med en todeling av frivillighet: frivillighet basert på gyldig samtykke og frivillighet uten gyldig samtykke.

I Prop 147 L drøftes ikke dette forslaget konkret, men overordnet vises det til mål om økt rettsikkerhet ((1) 24: «Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang vil innebære en sterke rettsliggjøring av tvunget psykisk helsevern. Økt rettsliggjøring vil gjøre vurderingene mer tilgjengelig for kontroll av jurister og lekfolk i klageinstanser og domstoler, slik at rettsikkerheten til pasienter styrkes.»

Det som derimot diskuteres er at begrepet samtykkekompetanse og hvem som har samtykke/beslutningskompetanse, og øvrig tvangslovgivning bør utredes nærmere i et nytt lovutvalg. Dette utvalget levert en ny NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. (28)



### **5.1.6 Hva var forventede konsekvenser av lovendring**

I NOU 2011:9 i kapittel 17 drøftes konsekvenser av tiltakene økonomisk og administrativt. I et samfunnsøkonomisk perspektiv vises det til at formålet med forslaget til endring er å styrke selvbestemmelsen og rettsikkerheten for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og forebygge og begrense bruk av tvang. «Forslagene antas å gi positive effekter gjennom bedret psykisk helse, økt trivsel og langsiktig bedring for menneskene som berøres, og for samfunnet som helhet». ((27)s 217) Effektene knyttes til redusert bruk av tvang, og de negative effektene tvang vurderes å ha. Omfanget av redusert bruk av tvang blir ikke forsøkt anslått, men at det vurderes som sannsynlig at forslaget vil medføre færre tvangsinnleggelses og kortere innleggelses ((27)s218). Det oppgis at en mulig ikke tilsiktet effekt vil være flere med ubehandlet alvorlig psykisk lidelse og mulig økt bruk av farekriteriet uten at det heller blir forsøkt anslått evt omfang av.

## **5.2 Funn fra praksis feltet**

Som det ble gjort rede for i metodekapittelet ble intervjuene transkribert, og etter gjennomlesning satte jeg opp fire foreløpige temaer Intervjuene ble gjennomlest på ny, og meningsbærende enheter ble identifisert. Disse ble kodet utfra oppsatte temaer, og samlet med disse som overskrift. Neste punkt var å sortere tekstutdragene i subgrupper under de foreløpige temaene. Når det ble sammenstilt slik, kom det frem nye momenter som ikke hadde vært så tydelige når de sto hver for seg i intervjuene.

I dette kapittelet er tekstsitatene ble satt sammen for å gi kunnskap om den opprinnelige problemstillingen hvor jeg beskriver og fortolker funnene under temaoverskrifter

### **5.2.1 Vurdering av lovens vilkår og samtykkekompetanse, er det subjektivt eller objektivt?**

I intervjuene kom det frem at samtykkevurderinger ikke ble oppfattet som en opplagt prosess. Noen opplever det som vanskelig og komplisert, noen som ikke så vanskelig. Når det gjelder bruk av systematisk metode ble det vist til FARV (forstå, anerkjenne, resonner, valg) kriteriene, men det ble også vektlagt en helhetstenkning som innbefatter pasientens sykehistorie og tidligere erfaringer:

*«De (FARV kriteriene) bruker jeg også, og det er det jeg også argumenterer med i dokumentasjonen.» (informant b)*

Flere var inne på at samtykkekompetansevurderinger ikke bare var en her og nå vurdering, men må sees i sammenheng med sykehistorien:

*«eller i alle fall sånn som jeg tenker om alt det som har skjedd rett før innleggelsen, hva som er forsøkt der av frivillighet og hva som har blitt gitt av informasjon som vi har fått dokumentert eller som vi har fått informasjon om, det er jo også en del av samtykkekompetansevurderingen under innleggelsen. Utrolig viktig informasjon.» (informant X)*

Utfordringen blir hva man skal vektlegge ved en vurdering, lovtekst eller klinisk setting, og at lovteksten og rundskriv med kommentarer fra Helsedirektoratet ikke er helt enkelt å bruke som understøttelse av vurdering.

*«jeg føler også at det er stor forskjell liksom fra de reglene til Helsedirektoratet hvor de sier de fire kriteriene, (), fra den lovteksten hvor det står at pasienten skal på en måte åpenbart ikke være i stand til å forstå (,) og at det er stor avstand mellom de to definisjonene, og at de fleste ligger et sted imellom da.» (Informant Z)*

*«hvor stor grad kan man forholde seg til sunn fornuft og liksom like vel ivareta det som står i loven da, for hvis man blir for sånn regelbrytter og liksom opptatt av at alt skal være liksom skjematisk etter boka så tenker jeg at man kanskje mister noe annet viktig da, i forhold til relasjonen med pasienten.» (Informant 1)*

Forståelsen av samtykkekompetanse som en entydig størrelse hvor det ikke er tvil, ble tatt opp av flere. Manglende samtykkekompetanse er et eget vilkår som skal legges til grunn for alle vedtak om tvang, hvor flere drøftet om det betyr at man ikke er samtykke kompetent for noe, eller man skal definere et å skille mellom hva man evt. er samtykke kompetent for:

*«Jeg tror det er veldig viktig å skille mellom hva man er samtykkekompetent i forhold til. Det tror jeg. Det er jo veldig mange forskjellige ting, men det å si at man ikke er samtykkekompetent til noen ting...det synes jeg er rart.» (Informant Z)*

Samtykkekompetansevurderinger som en klar objektiv størrelse ble problematisert.

Vedtaksansvarlige opplever det ikke alltid like klart, men snarere at det blir en høy grad av skjønnsmessig vurdering, og hvordan skal skjønnnet brukes:

*«jeg synes det er ubehagelig at det har så stor påvirkning ens eget skjønn i vurderingen. Jeg vet ikke jeg. Hvem er jeg til å vurdere det, selv om jeg har kompetansen sånn faglig formelt, så synes jeg det er ubehagelig å skulle bestemme at en pasient ikke er samtykkekompetent hvis ikke det er åpenbart» (Informant a)*

Det ble også problematisert på et overordnet plan, hvordan samtykkekompetanse i samfunnet kan oppfattes som en objektiv størrelse og hvor graden av subjektivitet i vurderingene ikke er kjent eller problematisert:

*«noe av det vi snakker minst om, det føler jeg er i psykiatrien generelt da, er jo subjektiviteten som ligger inn i vurderingene våre. Det går jo både på diagnostisering, men det går jo da...altså visst man da diagnostiserer en alvorlig sinnslidelse, og da samtykkekompetanse, og visst man er streng så...det er noe med liksom den kalibreringen av en subjektivitet som burde kanskje i enda større grad vært snakket om da. For verden der ute tror jeg tenker på psykiatrien som noe nært objektivt.» (Informant 3)*

## **5.2.2 Samarbeid og samtykkevurdering**

I diskusjonene rundt samtykkevurdering ble det i tillegg til kriteriene til vurdering tatt opp at samarbeid rundt behandling for noen vedtaksansvarlige kan forstås som indikasjon for samtykkekompetanse:

*«For de har i alle fall en eller annen form for forståelse for at de trenger hjelp til et eller annet, ellers ville de vel ikke kommet? Og det holder vel kanskje da til å være samtykkekompetente for et eller annet.» (Informant 2).*

Samarbeid som indikasjon på samtykkekompetanse er ikke et kriterium som er beskrevet i psykisk helsevernloven, men vil kunne oppfattes som et element av frivillighet. Overordnet sier det noe om et ønske fra vedtaksansvarlig å få til behandling under frivillige rammer, og om at oppleves som vanskelig å vurdere samtykkekompetanse:

*Altså de aksepterer jo både kontakt med oss, snakker med oss, de aksepterer ganske mye sånn konkret hjelp i hverdagen f.eks. Det er jo ofte mindre kontroversielt, så vi er jo bare litt sånn*

*uenige om hva det heter. Jeg vet ikke ... da er man kanskje ikke så langt unna samtykkekompetanse like vel? (Informant b)*

### **5.2.3 Strategisk tilpasning**

Vurderinger av samtykkekompetanse har som redegjort for over elementer av skjønn. I tillegg kom det frem i intervjuene at for å få den opplevde kliniske virkelighet til å gå i hop med lovtekst gjøres det tilpasninger med hva man vektlegger og hvordan man ordlegger seg:

*«Også er det jo sånn at hvis man vet litt hvilke tiltak man på en måte trenger å gjøre for å kunne drive forsvarlig og kunne gå hjem og vite at her har man gjort det rette, så kan man jo liksom finne de argumentene man trenger på et eller annet vis.» (Informant b)*

Dette kom frem i alle intervjuene, og ble av flere fremstilt som en nødvendighet:

*«vi må tilpasse på en måte den samtykkekompetansevurderingen ut fra det resultatet vi vil ha. Jeg føler i alle fall at jeg må det for min egen del da.» (Informant z)*

Tilpasningene var også et uttrykk for det skjønnsmessige i vurderingene, det er ikke objektive kriterier, men rom for tolkninger og skjønn:

*«Det er ikke så veldig vanskelig å skru de (Vurderingene) i en annen retning heller, altså for det er ikke målbart på et eller annet vis. Det er så langt unna et røntgenbilde du kommer. Selv røntgenbilder er åpne for tolkninger, ikke sant» (Informant b)*

For noen ble det også fremhevet at lovendringen ikke hadde medført større endring i grunnlaget for vurderinger, mer at man ordlegger seg på en annen måte, tilpasser vurderingen med tanke på resultatet:

*«det som skjer er jo at lovverket blir forandret med jevne mellomrom, men kjernen i lovverket er jo den samme, og det er som jeg sier akkurat de samme pasientene, og det vi gjør mer er at vi endrer formuleringen mer enn vi endrer vurderingen. Og det er klart tvang skal ikke brukes dersom man ikke må, det må jo være utgangspunktet, men når man må så ... altså dersom du skjønner at dette åpenbart er tvang så vil du alltid klare å skrive en vurdering som også klarer å overbevise kontrollkommisjonen og en tingrett f.eks. at her er det grunnlag for tvang». (informant Y)*

Tilpasningene er ikke bare for å etablere tvang, men kan også gjelde for å ikke etablere tvang. Det argumenteres at man må vektlegge sunn fornuft fremfor bokstavtro lovforståelse:

*«hvor stor grad kan man forholde seg til sunn fornuft og liksom like vel ivareta det som står i loven da, for hvis man blir for sånn regelrytter og liksom opptatt av at alt skal være liksom skjematisk etter boka så tenker jeg at man kanskje mister noe annet viktig da, i forhold til relasjonen med pasienten.»* (Informant 1)

#### **5.2.4 Frivillig behandling av ikke samtykke kompetente pasienter, hva er erfaringer?**

Utfordring knyttet til manglende samtykkekompetanse og pasienter som kommer frivillig, hvordan vektlegge samarbeid og skal man forholde seg strengt til vilkårene for å opprette tvunget vern var gjenkjennbart og ble diskutert i alle grupper.

*«Jeg tenker det kanskje er vanskelig med de som kommer frivillig og som ikke er samtykkekompetente, men som likevel følger opp».* (Informant 1)

Hvordan skal man praktisk og formelt håndtere at noen som ikke er samtykkekompetente og har alvorlig psykisk lidelse mottar behandling frivillig ble oppfattet som komplisert. I følge lovverket (PBRL § 3-2 5. ledd) er det ikke anledning å behandle noen som har alvorlig psykisk lidelse og ikke er samtykkekompetente i frivillige rammer. Det er et dilemma, hva er riktig å gjøre:

*«Men den loven er jo litt vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg til når det gjelder de som kommer hit frivillig, hvis vi oppdager at de her er jo åpenbart ikke samtykkekompetente. Vi kan jo ikke konvertere dem, ikke sant. Blir det da riktig å avslutte dem for å kunne anbefale noen andre f.eks. å kunne starte et nytt TPH-løp da»* (Informant b)

Det ble stilt spørsmål om det er riktig på et overordnet nivå, gitt den overordnede føringen om redusert tvang, å tvangsbehandle noen som ikke motsetter seg behandling:

*«Til syvende og sist liksom: virker det rimelig at man skal tvangsbehandle noen som ikke motsetter seg behandling»* (Informant b)

*«alle er vel enige om at det er lurt med minst mulig tvang, men veldig viktig at tvang finnes som en mulighet der det er nødvendig. I alle fall vi jobber med dette her er ganske samstemte*

*på det, sjelden så veldig uenig. Og er det da rimelig å ha noen på tvang som egentlig gjør det de skal frivillig? Det virker jo bakvendt.» (informant b)*

### **5.2.5 Konsekvenser av vedtak om tvang på relasjonen mellom pasient og vedtaksansvarlig**

De vedtaksansvarlige i intervjuene oppga at de bruker tid på vedtakene, og at de prøver å ivareta mange hensyn, både lovkravene, hva som de vurderer som best for pasienten og hva de selv mener er riktig. Det var unisont at spesielt medisinedtakene §4-4 virket inn på relasjonen og samarbeidet.

*«(om 4-4 vedtak) Det skaper en del utfordringer i relasjonen med pasienten. () Det er kjempevanskelig. Det er mange utfordringer med det.» (Informant a)*

Spesielt ble det drøftet utfordringene med pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern og tar medisiner frivillig hvor det som følge av formalia krav må fattes vedtak om medisiner. Det kan svekke tilliten i pasient-behandler relasjonen:

*«Altså dersom vi snakker om allianse så vil jeg ikke si det er så veldig allianseskapende, og jeg opplever flere samtaler rundt da 4-4 vedtak som er litt sånn drevet av kanskje sånn ... av sinne da, og hvor får liksom det der med «men jeg tar medisiner, hva er det du snakker om?» også blir det på en måte ... «mener du ...» «ja, jeg mener kanskje at du ikke forstår helt hvorfor du tar medisiner» ... også blir det en litt vanskelig samtale» (Informant 3)*

*«Og for pasienten oppleves det kanskje litt sånn underforstått «du tror meg ikke, du tror jeg ljuger, du tror ikke jeg snakker sant ...» det oppleves som å bli litt sånn mistenkeliggjort da. Som du sier: kjempe-uheldig i forhold til allianse og samarbeid da» (Informant 1)*

Det ble også pekt på at alt det formelle rundt vurderingene, og de jevnlige kontrollene medfører at tiden sammen med pasienten brukes mest på avklaring av de ulike vilkårene, og at selve behandlingen gjennom dialog med pasienten blir redusert:

*«Det er liksom det alt handler om da, at man på en måte egentlig ikke ... ja, kan snakke om andre ting som også er viktig da, for pasienten. Det er liksom vårt behov og det vi er underlagt opp mot liksom ... hvorfor kommer den pasienten egentlig hit liksom?» (Informant 4)*

## 5.2.6 Kontrollkommisjonens vedtak, hva er erfaringene?

Kontrollkommisjonens rolle og oppgaver er beskrevet tidligere i oppgaven, det er gjennomgående at vedtaksansvarlige hadde mye erfaringer med kontrollkommisjonen, og at de justerer seg etter de vedtakene og tilbakemeldingene kontrollkommisjonen gir. Det ble problematisert hvilken kompetanse de ulike kontrollkommisjonene innehar:

*«Det er jo ikke alltid at () kontrollkommisjonen (er) sånn kjempekompetent altså. Kan ikke påstå det. Jeg er ikke veldig imponert eller ... () Og de er jo ikke alltid til noe hjelp hvis man tenker at det kunne vært fint å f.eks. kunne drøfte da, ikke sant. «Dere som faktisk er det kontrollerende organ for oss her og for pasientens rettigheter da, hvordan ser dere på saken?» «Nei ...» (Informant b)*

Det ble jevnt over påpekt at ulike kontrollkommisjoner vektlegger lovens vilkår forskjellig, og at dette oppfattes som uheldig, spesielt for den innvirkningen det har for pasientløpene mellom døgn og poliklinikk innenfor samme helseforetak. Samtidig viser det til at som for vurderingene av vedtaksansvarlige, er det skjønsmessige vurderinger:

*«og det er jo kanskje at det er forskjell på kontrollkommisjoner er jo ikke så rart, for det er jo mye skjønsmessige vurderinger også, og det er jo forskjellige mennesker, men at det for det samme pasientforløpet, som f.eks. våre sengeposter og våre polikliniske pasienter, altså det er de samme pasientene som bare har forskjellige faser ofte, der bør det jo være et visst samsvar mellom hovedlinjene syns man.» (Informant b)*

I intervjuene ble det spesielt løftet frem som uheldig at kontrollkommisjoner har etablert ulik praksis vedrørende vedtak om tvungen behandling med legemidler § 4-4. Det kan skape usikkerhet om hva som er riktig lovforståelse, og gjøre ytterligere uklart om hva som er riktig beslutning.

*«Vår kontrollkommisjon er jo veldig tydelig på det at de vil ha 4-4 hvis pasienten ikke er samtykkekompetent, mens sykehusets kontrollkommisjon sier det motsatte, altså sengepostene sin kontrollkommisjon. Eller sier ikke det motsatte, men de sier at det må ikke nødvendigvis være sånn. Så det har vært en del utfordringer.» (informant a)*

Forskjell i praksis medfører at det må fattes nye vedtak på pasienter som har samarbeidet om medisiner tidligere i forløpet. Det er uheldig at pasienter opplever ulik tvangsbruk.

*«Vi har jo fått pasienter ut som ikke har 4-4 inne også må vi jammen ha 4-4 når de liksom er friskere, mer stabile og skal ut, da skal de plutselig tvangsmedisineres. Det virker jo litt underlig.» (Informant b)*

Når det gjelder samtykkekompetanse vurderinger, er det erfaring med at vedtaksansvarliges vurdering ikke alltid blir vektlagt, og det stilles spørsmål om kontrollkommisjonens grunnlag for sin vurdering.

*«Men jeg har jo noen pasienter som har klaget på det, på liksom TPHen da, hvor jeg vurderte at de åpenbart ikke er samtykkekompetente, og de har fått medhold i KK. Så min erfaring er at KK legger lista veldig lavt da for hva de kaller samtykkekompetente. Det syns jeg er problematisk ... når klinikken liksom ser at ...de skjønner jo ingen ting egentlig, men så sier de noe riktig en gang, så er det liksom bra nok.» (Informant 2)*

Det stilles spørsmål om kontrollkommisjonen i for liten grad forholder seg til hele sykehistorien, men kun vurderer ut ifra selve møtet. Det belyser også utfordringer om samtykkekompetanse som en ikke objektiv, konkret størrelse, og om vurderingen skal baseres på et større bilde, eller er en øyeblikks vurdering.

*«Ja, for det syns jeg ofte ... eller i alle fall den lille erfaringen jeg har med KK da er at de tar veldig hensyn til øyeblikksbildet der og da når pasienten klarer å samle seg den lille timen og svarer riktig på spørsmål og at de ofte ikke kan ta hensyn til at det er en lang historie i forkant.» (Informant 4)*

Vedtaksansvarlige opplever konsekvensen av kontrollkommisjonens vurderinger som problematiske fordi de mener det kan ha uheldige følger for pasienten.

*«Nei, jeg har blitt litt sånn derre forbløffa noen ganger over liksom ... ja, hva heter det? Hvor lav terskel de har for å kalle noen samtykkekompetente da, som jeg kan syns har vært ganske frustrerende egentlig. Når jeg liksom ser ... ja, hvor ille det vil gå med pasienten uten tvang da» (Informant 2)*

### **5.2.7 Konsekvenser av lovendring: Redusert tvang?**

Endringer i tvangsbruk, og effekt av lovendring ble tatt opp av flere. Målet om redusert tvang er innarbeidet, og det virket å være høy bevissthet rundt riktig bruk av tvang.



*«det er en villet politisk retning at det blir mindre og mindre tvang, og at vårt fokus internt på klinikken, altså bruker vi tvangen og hvor hensiktsmessig er den ... du prøver å tenke både her og nå og samtidig prøve å se litt inn i fremtiden, som jo er kjempevanskelig.» (Informant x)*

Samtidig ble det tatt opp at om lovendringen egentlig er riktig tiltak hvis målet er å redusere tvang fordi den kliniske virkeligheten hvor vurderingene skal gjøres er den samme.

*«altså jeg syns hver gang de kommer med et nytt lovverk, det er alltid snakk om å prøve å redusere tvang, også ser vi at det er ikke noe i lovt teksten som egentlig tilsier at tvang faktisk sett skal bli redusert, fordi det er akkurat de samme pasientene. Men de ønsker så gjerne i kontakt med brukerorganisasjonene og alt mulig sånt ...at det tilsynelatende i alle fall skal være vanskelige å etablere tvang, men det vil ikke si at det i praksis er det» (Informant y)*

En del tok også opp at lovendringen kan føre til økt tvang, fordi man må etablere tvang for ikke samtykkekompetente pasienter som samarbeider hvis de er i behov av behandling, og det vil spesielt gjelde vedtak om behandling med legemidler § 4-4.

*«det er litt sånn tema som ingen egentlig har så veldig lyst til å pirke bort i, bortsett fra et par jurister hos Fylkeslegen. Fordi lovverket er litt uklart. Det tror jeg er gjort med vilje. Det er ingen som har lyst til at masse pasienter på tvang skal måtte ha 4-4 vedtak for å ta medisiner, for da blir det jo en økning i stedet for en reduksjon» (Informant y)*

Det ble reflektert over om dette er en ikke intendert effekt, og en tvangsbruk som noen vedtaksansvarlige ikke tenker er hensiktsmessig fordi pasienten samarbeider om medisiner.

*«Ja jeg blir forundret på det og syns det er ulne formuleringer når det gjelder hva man er samtykkekompetent i forhold til. Som sagt tror jeg det er fordi det er ingen som ønsker en kjempeøking av 4-4 vedtak. Det blir helt absurd når lovens intensjon var å redusere tvang. Også er det ... intuitivt så er man motvillig mot å insistere på å informere pasienter om at vi tvinger deg til å ta medisiner, også sier pasienten «Ja, men jeg syns det er greit å ta disse medisinene.» Det blir liksom så feil,» (Informant y)*

Som beskrevet over oppleves det som en utfordring med kontrollkommissjoner som har ulik praksis knyttet til § 4-4 vedtak. Det var flere som også problematiserte den tvilen de selv

hadde om hva som var riktig å gjøre når du hadde ansvar for vedtak for en ikke samtykkekompetent pasient.

*«Jeg synes det er kjempevanskelig. Også de som er på TPHu da og som kommer hit og som samarbeider om medisiner og det ikke er et 4-4 vedtak og man forstår at det ... altså de samarbeider, men er kanskje ikke samtykkekompetente. Hos mange ... de fleste så er dette her på stell, men hos noen så er det ikke på stell, også merker jeg at jeg vegrer meg litt for å gi ... altså ... plutselig et 4-4 vedtak som har vært på langtidsbehandling og om skrives ut fra det og hvor det ikke har vært et 4-4 vedtak på mange måneder.» (Informant 3)*

Det ble også tatt opp at i forbindelse med lovendringen hadde det vært interne runde for å få alle vedtak i tråd med de nye kriteriene, og at det hadde medført flere vedtak.

*«rett etter den lovendringen, så husker jeg det var mye snakk om og mye frustrasjon fra .. rundt akkurat rundt det at nå måtte alle som var på TPH også ha 4-4 vedtak da, og da husker jeg det var en stor runde om at alle pasienter som ikke har det må ha det, men så vet jeg ikke om det på en måte har blitt litt annen praksis underveis da, men jeg husker i alle fall sånn i starten av 2018 her så var det en opprydding i forhold til at alle som ikke har 4-4 vedtak må få det da» (Informant 1)*

En konsekvens som også ble tatt opp var om man i det hele tatt kan gi medisiner mot psykisk lidelse for ikke samtykkekompetente pasienter uten at det foreligger et § 4-4 vedtak.

*«I verste fall så betyr det at dersom du har pasienter som er innlagt her på tvang også spør du om medisiner så kan du ikke gi det til dem. () Det synes jeg er veldig rart. Nå har jeg det vanskelig også kan vi ikke gi deg medisin. Altså de etterspør jo helsehjelp, men de klarer ikke å definere hva den helsehjelpen går ut på.» (Informant z)*

Det ble da vist til at man overfor slike dilemmaer vurderer samtykkekompetansen mer spesifikt, samtykkekompetanse overfor overordnet behandling, og så samtykkekompetanse overfor medisiner og evt. §4-4 vedtak.

*«Det som jeg tenker kan være lurt, og som jeg tror vi får til ganske ofte hos oss, det er jo at medisinsk ansvarlig vurderer spesifikt samtykkekompetansen ut fra medisineringen, altså snakker spesifikt om det, så jeg som psykologspesialist kan jo ha ansvaret for det tvungne vernet, også er det min kollega legen som vurderer eksplisitt samtykkekompetansen helt konkret i forhold til behandling med medisiner.» (Informant x)*

# 6 Diskusjon av funn i en teoretisk ramme

## 6.1 Introduksjon

Rettsliggjøring av helsevesenet har vært et en villet utvikling. Målet om styrking av pasientrettigheter har medført flere endringer og justeringer av lovverket. Tidligere i oppgaven er det blitt gjort rede for utviklingstrekkene og bakgrunnen for dagens utforming av Psykisk helsevernlov, prosessene forut for lovendringene og hva som blir vektlagt i begrunnelsen for endringene.

I dette kapittelet vil jeg først vurdere lovendringsprosessen opp mot rasjonelle beslutningsmodeller, hhv. en normrasjonell og formålsrasjonell modell. Sentrale spørsmål er i denne sammenheng: Hva var begrunnelsen for lovendringen? Hva var kunnskapsgrunnlaget til grunn for lovendringen? Var målene klare eller motstridende? Hvilke konsekvenser av lovendringen ble vurdert? Jeg vil deretter, med utgangspunkt i funn fra intervjuene med vedtaksansvarlige, vurdere praktiseringen av den nye loven opp mot en normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

Samlet vil jeg se på om målene som ble ønsket oppnådd var mulige å oppnå, hvilke begrensninger som er knyttet til praktiseringen av loven, og samlet vurdere hvorvidt det er sammenheng mellom idealene som framkommer av lovteksten og de erfaringer fra klinisk praksis som kommer frem i intervjuene. En endring av lov er ment å medføre endringer på området den regulerer, men er det utilsiktede konsekvenser som kan stå i motsetning til det overordnede målet om redusert tvang?

## 6.2 Lovendringene: en rasjonell prosess?

Ved lovendring vil skillet mellom det normbaserte og formålsrasjonelle ikke være helt klart. På den ene siden vil det være vektlegging av generelle normer relatert til menneskerettigheter som ivareta autonomi og hindre ulovlig frihetsberøvelse. På de andre siden vil kan kunne forvente kunnskap om og vektlegging av faktiske konsekvenser, dvs. en klar innsikt i sammenhengen mellom målene (som redusert tvang/riktig tvang, bedre psykisk helse) og midlene (lovendringene). Følgelig vil en normrasjonell/pliktetisk tilnærming med vektlegging av normer relatert til det å unngå tvangsbruk kunne bli veid opp mot en

formålsrasjonell/konsekvensetisk tilnærming, der fokus er på de helsemessige konsekvensene for pasientene, pårørende og samfunnet for øvrig. Er bruk av tvang bare et onde, eller er det et virkemiddel som også kan være av det gode? Interessant i denne sammenhengen vil være å vurdere kunnskapsgrunlaget for loven og hva slags informasjon som foreligger forut for anbefalinger og beslutninger. Som det fremgår av funnene i denne studien, så var det to hovedmål som ble særlig klart formulert: integrere internasjonale menneskerettigheter i lovverket, og et ønsket effektmål om redusert tvang. Implisitt var naturligvis også en antakelse om at redusert tvang var et gode i seg selv, både for pasientene og for samfunnet.

## **6.3 Prosess frem mot lovendring**

### **6.3.1 Begrunnelse lovendring**

Endring av praksisfeltet gjennom lovendring har vært en nasjonal strategi. Overordnet mål i helselovgivning over år har vært å styrke pasientens rettigheter (St meld nr. 50 (1993-94): «Pasientrettigheter kan også brukes som styringsverktøy og et virkemiddel for å sikre vedtatte prioriteringer» (26) Manglende samtykkekompetanse som premiss for å etablere tvunget psykisk helsevern, var ikke noe nytt. Det fremgikk av Pasient og brukerrettighetsloven § 4.3 5. ledd, men var ikke skrevet inn psykisk helsevernloven. På en måte framstod lovendringen som en nødvendig tilpasning: Loven måtte revideres med tanke på å være i tråd med de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene og Pasient- og brukerrettighetsloven. Samtidig ble premisset om samtykkekompetanse vurdert som et virkemiddel for å få redusert bruk av tvang i prosessen mot lovendring.

### **6.3.2 Motstridende mål**

I Prop. 147(1) som bygger på NOU 2011:9(27) blir hovedmålet for lovendringen beskrevet å være redusert og riktig bruk av tvang, og tiltaket er videre ment å styrke pasientenes selvbestemmelse og rettsikkerhet. På mange måter kan man argumentere for at styrking av pasientrettigheter egentlig er et mål i seg selv, og at det ikke er åpenbart at styrking av selvbestemmelse og rettsikkerhet gjennom å innføre manglende samtykkekompetanse som forutsetning, vil gi redusert tvang.

Ved å legge integrering av menneskerettighetslovene til grunn for lovendringen, virker det som om hovedvekten av argumentasjonen har vært på å styrke den delen av pasientrettighetene som går på beskyttelse av sivile rettigheter, dvs. avgrensning i forhold til inngrep mot individet/tvang. Rett til helse er også en sentral menneskerettighet, som må veies oppimot prinsippet om informert samtykke som grunnlag for behandling

Rett til helse er også en sentral menneskerettighet, som må veies oppimot prinsippet om informert samtykke som grunnlag for behandling((27) s.69). Her kan man se for seg at det kan være vanskelige avveininger mellom normrasjonell (beskyttelse mot inngrep) og formålsrasjonell tilnærming (helsemessige konsekvenser for pasienten) uten at det aspektet kommer klart frem i forarbeidene forut for lovendringen.

### **6.3.3 Usikre mål/rom for skjønn**

I beslutningsprosessen fremkommer det et ønske om klare mål, men rasjonalitetsforutsetningen om klare mål-middel sammenhenger synes ikke være åpenbart til sted. Det synes å være klare mangler knyttet til kunnskapsgrunnlaget når det gjelder å bruke lovendringene som middel for redusert tvang. Det blir antatt i vurderingene fra Helse og omsorgsdepartementet at bruken av tvang vil bli redusert, og at det er en klar sammenheng mellom lovendring og redusert tvang som effektmål, selv om flere av høringsinstansene meldte usikkerhet rundt nettopp dette.

Ved gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for vurdering av samtykkekompetanse virker det lite klart og entydig. I NOU 2011:9 står det «vurdering av beslutningskompetanse ved spørsmål om psykisk helsehjelp kan være særlig utfordrende, fordi symptom bildet ved psykisk lidelser i mindre grad er objektivt registrerbart sammenlignet med somatisk lidelse. Dette kan bidra til større konflikt «om faktum» mellom helsepersonell og pasient. Utvalget () har likevel lagt lite vekt på denne innvendingen, da kompetansevurderinger i dag spiller en sentral rolle i psykisk helsevern.»(27) s 155) Samtidig fremgår det i vedlegg til NOU 2011:9 at det er gjort en kartlegging av begrepet samtykkekompetanse blant kontrollkommisjoner, tilsynsmyndigheter og klinisk etisk komiteer som ikke støtter denne påstanden: «De fleste skriver at begrepet ikke er godt kjent, ikke er godt innarbeidet eller at de ikke har sett dokumentasjon på samtykkekompetansevurderinger, til tross for at begrepet anses som sentralt i helselovgivningen, spesielt i somatikken, men også i psykisk helsevern.» ((27) s 354) I Prop. 147 er det flere av høringsinstansene som også fremhever at det er komplisert og

lite kjent hvordan det skal vurderes, uten at det ble vektlagt i vurderingen til HOD som heller fremhevet fordeler med at manglende samtykkekompetanse som premiss gir økt rettsliggjøring. Her ser det ut som grunnlaget for å innføre samtykkekompetanse som selvstendig vilkår hadde mangler ved at begrepet var dokumentert lite kjent og brukt forut før lovforslag, og at kliniske miljøer spilte inn at det er vanskelig å overføre til kliniske beslutninger. Dette kunnskapsgrunnlaget virker det som ble sett bort ifra fordi ønsket om økt rettsliggjøring ble foretrukket, altså en normativ vektlegging.

### **6.3.4 Normrasjonell prosess**

Ved endring av psykisk helsevernloven med innføring av manglende samtykkekompetanse som nytt vilkår, var det som tidligere nevnt med utgangspunkt i integrering av de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene i norsk lov. «Styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettsikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang.» ((1), s5). Dette kan på mange måter sees på som en økende rettsliggjøring som i seg selv er et gode for pasienten. «Økt rettsliggjøring kan gjøre vurderingene mer tilgjengelig for kontroll av jurister og lekfolk i klageinstanser og domstoler, slik at rettsikkerheten til pasienter styrkes.» ((1) s25) Dette argumentet er spesielt knyttet til samtykkekompetansevurderinger som i større grad enn de andre vilkårene da kan vurderes av ikke-helsepersonell. Som redegjort for over virker det som innsigelser om hvor lite entydig og objektivt begrepet er, og hvor lite det er kjent i kliniske miljøer blir sett bort ifra. Idealet i denne prosessen kan sies å være å rettsliggjøring vurderingene innen psykisk helsevern ved at pasientens rolle styrkes, lovgrunnlaget for bruk av tvang svekkes og vedtaksansvarliges vurderinger i mindre grad blir bestemmende ved at kontrollorganenes mulighet for å vurdere vilkårene styrkes. Effektmålet som blir satt opp er forventet redusert bruk av tvang. Kunnskapsgrunnlaget for redusert tvang ved lovendring synes tynt, i Prop 147.L vises det til at høringsinstansene har delte meninger, og at de mener at det er vanskelig å anslå, mens «Departementet antar at en kompetansebasert vil medføre mindre bruk av tvang der tvangen vanskelig lar seg forsvare etisk.»((1)s.25) Det skrives også at «innføring av en kompetansebasert modell i praksis vil få konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering. Slik behandling må sees på som et særlig inngripende tiltak»((1)s.24))

### **6.3.5 Formålsrasjonell prosess**

Parallelt med overordnede føringer om integrering av menneskerettighetskonvensjonene, løftes det også frem forventede konsekvenser for pasient/pårørende/samfunn. «Forslagene antas å gi positive effekter gjennom bedret psykisk helse, økt trivsel og langsiktig bedring for menneskene som berøres, og for samfunnet som helhet» ((27)s 217). Hva denne antagelsen bygger på fremkommer ikke klart, og det er ingen åpenbar sammenheng som er beskrevet mellom foreslått lovendring og disse positive effektene. Konsekvens av lovendring vil være redusert tvang, og det er et gode i seg selv «et betydelig antall pasienter kan oppleve større eller mindre negative effekter av medikamenter og tvangsbruk i tillegg til, eller i stedet for de intenderte virkningene av tvunget psykisk helsevern.» (27) s. 217)

## **6.4 Anvendelse av lovgivning i praksisfeltet: normrasjonell eller formålsrasjonell?**

Gjennomgående i intervjuene var det høy bevissthet rundt lovverket, men også utfordringene med å få praksis til å gå overens med lovtekst ble trukket fram. Med endringen i lovverket ble samtykkekompetanse innført som eget begrep, og i forarbeidene ble det meldt at dette ikke er et entydig begrep og komplisert å vurdere. Selv om det fire kriterier man skal vurdere, er ikke det kliniske bilde like klart når en vedtaksansvarlig skal gjøre en vurdering. Når begrepene ikke er helt klare, blir det elementer av subjektivitet og skjønn, og når lovgivers intensjoner og vedtaksansvarliges vurdering av konsekvenser ikke helt samsvarer, blir det komplisert. Hva er riktig vurdering i møtet med hver enkelt pasient, å følge lovens tekst helt ut eller å vurdere hva som vil gi de beste konsekvensene?

### **6.4.1 Normrasjonelle beslutninger**

Ved normrasjonelle beslutninger er vurderingene riktige hvis de er i tråd med (rettslige) normer, med noe rom for skjønn ut ifra hva lovteksten gir rom for. I psykisk helsevernloven er ordlyden avgrensende og streng, «kan bare., kan ikke ..., åpenbart formålsløst ..., overveiende sannsynlig ...», det gis ikke rom for skjønn. Ut ifra lovteksten skal vedtak kun fattes når noe er definert og avklart, og det kliniske skjønn beskrives ikke. Ved innføringen av lovendringen ble det vist til at det ble økt bevissthet om at det skulle fattes vedtak om tvungen

behandling med legemidler etter § 4-4. Da ble det vektlagt at lovens intensjon skulle følges, og at det ikke var rom for skjønn, noe flere informanter beskriver:

*«rett etter den lovendringen, så husker jeg det var mye snakk om og mye frustrasjon fra .. rundt akkurat rundt det at nå måtte alle som var på TPH også ha 4-4 vedtak da, og da husker jeg det var en stor runde om at alle pasienter som ikke har det må ha det, men så vet jeg ikke om det på en måte har blitt litt annen praksis underveis da, men jeg husker i alle fall sånn i starten av 2018 her, så var det en opprydding i forhold til at alle som ikke har 4-4 vedtak må få det da» (Informant 1)*

En normrasjonell beslutningsprosess kan også sies å ha elementer av pliktetikkk, det gode er å ha riktige prosesser for beslutning. Flere vedtaksansvarlige viste til det, de følger loven, og tenker mindre på konsekvenser:

*«når det her kom var vi litt flinkere til det, liksom for at vi ikke skulle belaste pasienten med 4-4, men nå har det blitt mer sånn «det er det vi alltid gjør» også tenker vi ikke så mye over det» (Informant 2)*

## **6.4.2 Formålsrasjonell beslutninger**

I intervjuene ble det drøftet av flere at de avveier mellom hva som skal vektlegges i beslutningsprosesser, å følge loven eller vurdere konsekvenser av å enten fatte vedtak eller ikke fatte vedtak. Det kom frem at vedtaksansvarlige er bevisste på hvordan de ordlegger seg og hva de vektlegger i vurderingene for å oppnå ønsket resultat. *«vi må tilpasse på en måte den samtykkekompetansevurderingen ut fra det resultatet vi vil ha. Jeg føler i hvert fall at jeg må gjøre det for min del.» (Informant z)* Her vurderer vedtaksansvarlige at det kan være riktig noen ganger å justere/tilpasse vurderingene, slik at de framstår som i tråd med lovverket. Poenget er at vedtaksansvarlig i denne situasjonen er villig til i praksis å omgå lovverket hvis vedkommende mener det er nødvendig og til det beste for pasienten. Dette kan også forstås som en konsekvensetisk tilnærming, der det er viktigere å fokusere på resultatet enn på prosessen. Avveininger av konsekvenser går også på det relasjonelle mellom vedtaksansvarlig og pasient, hvor det potensielt negative ved en formalisering av tvangsvedtak fremheves: *«hvor stor grad man kan forholde seg til sunn fornuft og liksom likevel ivareta det som står i loven da, for hvis man blir sånn regelrytter og liksom opptatt av at alt skal være liksom skjematisk etter boka så tenker jeg at man kanskje mister noe annet viktig da, i forhold til*



*relasjon til pasienten.*» (Informant 1). Her framstå det i praksis som om vedtaksansvarlig mener konsekvensene (god relasjon til pasienten) er viktigere enn de føringer lovgivningen gir på prosessen (formalisering av tvangsvedtak).

## **6.5 Konsekvenser av lovendring**

### **6.5.1 Økt tvang?**

En ikke intendert konsekvens av lovendringen ser ut til å være at innføringen av manglende samtykkekompetanse som premiss for tvunget psykisk helsevern kan ha gitt økt tvangsbruk. Ut ifra informantene beskrives to situasjoner, økt antall vedtak om tvungen behandling med legemidler §4-4 og økt antall etableringer av tvangsvedtak som følge av at ikke-samtykkekompetente pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke kan behandles frivillig. Det er da et spørsmål om sammenheng mellom målsetning om redusert tvang ble svart ut med riktig tiltak. Som en informant sa det: *«Det er litt sånn tema som ingen egentlig har så lyst til å pirke bort i, bortsett fra et par jurister hos Fylkeslegen. For lovverket er litt uklart. Det tror jeg er gjort med vilje. Det er ingen som har lyst til at masse pasienter på tvang skal måtte ha 4-4 vedtak for å ta medisiner, for da blir det jo en økning i stedet for en reduksjon.»* (informant Y)

Siste rapport fra Helsedirektoratet viser ingen markant endring i tvangsbruk: «Vi kan imidlertid ikke utelukke at effekten av strengere vilkår for tvungent psykisk helsevern til en viss grad motvirkes av økt oppmerksomhet på vedtaksplikt for pasienter som ikke motsetter seg vern, men som ikke kan avgi et gyldig samtykke og hvor det derfor må fattes vedtak».(8)

### **6.5.2 Negative konsekvenser for pasienten og for relasjonen til vedtaksansvarlig?**

Økt rettsliggjøring og dermed formalisering av lovkrav kan ha medført at pasienter som før ble behandlet frivillig eller tok imot medisiner frivillig, nå behandles under rammene av tvunget psykisk helsevern. På den ene siden medfører dette større rettsikkerhet ved at behandling ikke lenger baseres på et ugyldig samtykke, og at uavhengige kontrollorganer som kontrollkommisjon og fylkesmann har innsyn i behandlingen, og at pasienten har rett til ekstern vurdering. Samtidig skal man ikke se bort ifra at det kan oppleves som belastende å

bli vurdert som ikke samtykkekompetent i forhold til sitt behandlingsbehov hvis man selv ønsker å samarbeide. Dette kommer også frem i intervjuene, opplevd krav om å måtte formalisere tvang overfor samarbeidende pasienter påvirker relasjonen mellom pasient og vedtaksansvarlig: *«Og for pasientene oppleves det kanskje litt sånn underforstått «du tror meg ikke, du tror jeg juger, du tror ikke jeg snakker sant....» det oppleves som å bli sånn mistenkeliggjort da. Som du sier: kjempeuheldig i forhold til allianse og samarbeid da.»*(Informant 1) ) Dette illustrerer problematikken knyttet til (potensielt svak) sammenheng mellom midler (lovendring – rettsliggjøring) og målene (reduert tvang – pasientens beste).

### **6.5.3 Frivillig behandling av ikke samtykkekompetente pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke mulig?**

Behandling av ikke samtykkekompetente pasienter med alvorlig psykisk lidelse ble tatt opp i NOU 2011:9 (27), i et eget vedlegg ble det drøftet mulige utilsiktede konsekvenser av foreslått lovendring:

*«Ei svekking av styrken i presumsjonen for avgjerdskompetanse vil kunne få som ein (utilsikta) konsekvens at talet på pasientar som blir underlagt tvunge psykisk helsevern vil auke fordi nålauget for å kunne gje eit gyldig samtykke blir snevra inn. Eit slikt resultat vil i så fall innebære at ein reform som i utgangspunktet var meint å skulle kunne redusere tvangsbruken innanfor psykiatrien også kan slå den andre vegen.»* Forslaget til løsning på dette dilemmaet en normrasjonell tilnærming ved at *«Rettstryggleiken for gruppa må difor ivaretakast på annan måte. Dette peikar i retning av eit meir finsikta rettsleg reguleringsregime innanfor psykiatrien der dei ikkje-protesterande (som er utan kompetanse) blir skilt ut som ein eigen pasientkategori mellom frivilligheit (basert på gyldig samtykke) og tvang (i form av overvinning av motstand).»* ((27) s 290).

I intervjuene med vedtaksansvarlige er dette et kjent dilemma, hvor det som i større grad vektlegges er formålsrasjonelle beslutninger. *«Jeg tenker det kanskje er vanskelig med de som kommer frivillig og som ikke er samtykkekompetente, men som likevel følger opp.»* (Informant 1). De vedtaksansvarlige må her veie mellom en normrasjonell og formålsrasjonell beslutning. I praksis vil det si at man overveier om man skal vedta tvang i tråd med rettslige normer eller søke å unngå vedtak fordi det kan gi negative konsekvenser for allianse/samarbeid ettersom pasienten samarbeider. *«Til syvende og sist liksom: virker det rimelig at man skal tvangsbehandle noen som ikke motsetter seg behandling?»*. (Informant b)

Flere vektla samarbeid som grunnlag for frivillighet ved at det kan forstås som en form for samtykkekompetanse. I pasient og brukerrettighetsloven hjemles tvangsbruk i kap 4A når pasienten ikke er samtykke kompetent og motsetter seg somatisk behandling. I psykisk helsevernloven skilles det ikke mellom samarbeid eller motstand som grunnlag for tvang, så samarbeid er ikke grunnlag for frivillig behandling.

#### **6.5.4 Variasjon i lovforståelse og praksis hos kontrollkommisjoner?**

Kontrollkommisjonens oppgave er å vurdere om vedtak er fattet og vurdert i hht. lovgivningen, og kontrollkommisjonen vil vektlegge en normrasjonell beslutningsmodell. Det er også i lovens forarbeider en forventning om at endringen med innføring av kompetansebasert modell at det skal være en økt rettsliggjøring ved at vurderingen vil være mer tilgjengelig for kontroll. ((1)s 24) Det gir også rom for skjønnsmessige vurderinger hvor kontrollkommisjonen kan vurdere samtykkekompetanse, og hvor det normrasjonelle perspektivet til kontrollkommisjonen kan skille seg fra et formålsrasjonelt perspektiv hos vedtaksansvarlig. Kontrollkommisjonen basere sine vurderinger om vilkårene er oppfylt mot lovtekst, mens vedtaksansvarlige kanskje i større grad er opptatt av konsekvenser for pasienten. *«Nei, jeg har blitt litt sånn derre forbløffa noen ganger over liksom ... ja, hva heter det? Hvor lav terskel de har for å kalle noen samtykkekompetente da, som jeg kan syns har vært ganske frustrerende egentlig. Når jeg liksom ser ... ja, hvor ille det vil gå med pasienten uten tvang da»* (Informant 2)

Flere av informantene tok også opp at ulike kontrollkommisjoner vurderte grunnlaget for § 4-4 vedtak ulikt for samme pasientforløp. *«og det er jo kanskje at det er forskjell på kontrollkommisjoner er jo ikke så rart, for det er jo mye skjønnsmessige vurderinger også, og det er jo forskjellige mennesker, men at det for det samme pasientforløpet, som f.eks. våre sengeposter og våre polikliniske pasienter, altså det er de samme pasientene som bare har forskjellige faser ofte, der bør det jo være et visst samsvar mellom hovedlinjene syns man.»* (Informant b)

Hvis dette er tilfellet er det fare for ulik praksis, rettsikkerhet reduseres ved at det er manglende forutsigbarhet i like prosesser ved vurdering av vilkår for tvunget psykisk helsevern og grunnlaget for vedtak om tvungen behandling med legemidler §4-4.

## 6.6 Postmarking diskusjon:

Det fremstår som om det er et sprik mellom lovens idealer og «lovens møte» med den praktiske virkelighet. Vedtaksansvarlige skal balansere sine beslutninger i spennet mellom det normrasjonelle (føringer i lovt teksten) og formålsrasjonelle (konsekvenser for pasient/pårørende/samfunnet), og det synes som de, hvis det oppstår konflikt mellom rettslige normer og faktiske konsekvenser, i større grad vektlegger konsekvensene, dvs. legger til grunn en formålsrasjonell tilnærming. I intervjuene kommer det flere steder fram at vedtaksansvarlige vektlegger konsekvensene for pasientene og er villig til å se bort fra loven/foreta strategiske tilpasninger for å fremme «den gode konsekvens». Dette er på mange måter «juks», ved å manipulere vurderinger for å være i tråd med loven. Samtidig begrunnes slike tilpasninger men med en konsekvensetisk forståelse: man er villig til å avvike fra det loven strengt tatt sier fordi det er nødvendig for å oppnå det man oppfatter som riktig utfall for pasienten. Denne tilpasningen kommer ikke til syne bare ved etablering av tvang, men vel så gjerne ved å unnlate å etablere tvang for ikke samtykke kompetente pasienter som samarbeider om behandling.

I prosessen fram mot lovendringen synes de generelle normene/rettighetene («normrasjonell») å veie tyngre enn begrunnelser/innhentet kunnskap om konsekvenser («formålsrasjonell») og det synes å være mangler/skjevheter ved kunnskapsgrunnlaget for lovendringen.

Lovgivningsprosessen virker å være preget av en vektlegging av generelle normer knyttet til å beskytte individet mot inngrep/reduert tvangsbruk, mens helsemessige konsekvenser for pasient, så vel som mulige konsekvenser for pårørende og samfunnet for øvrig, i mindre grad er eksplisitt vurdert. Videre er målene sammensatte og til dels tvetydige, og det er uklart hvordan det konkret er tenkt at lovendringene skulle bidra til måloppnåelse. Inntrykket av prosessen bak lovendringen er derfor at mål-middel innsikten har vært til dels svak og at den normrasjonelle tilnærmingen samtidig har vært mest framtrædende. Videre viser klinikernes erfaringer at det er svakheter knyttet til både hvorvidt loven er tilpasset den praktiske virkelighet og hvorvidt loven er godt egnet til å oppnå målsettinger knyttet til redusert tvang og å fremme pasientens psykiske helse. Dermed oppstår det situasjoner der vedtaksansvarlige føler seg «tvunget» til å legge en formålsrasjonell tilnærming til grunn og i praksis omgå lovverket.

## 7 Konklusjon

I denne oppgaven ville jeg belyse prosess frem mot lovendringen og hvordan lovverket blir forstått og praktisert i klinisk praksis. Hva var motivasjonen bak lovendringen, hva var mål og virkemiddel? Hva slags kunnskap la man til grunn, og hvilke mulige konsekvenser er beskrevet? Og har lovendringen gitt ønsket effekt med tanke på etterlevelse og måloppnåelse? Til å belyse denne problemstillingen så jeg nærmere på lovens forarbeider, men utviklingen som har vært innen psykisk helsevern og rettsliggjøring av helsevesenet. I intervjuer med vedtaksansvarlige ønsket jeg å se på hvordan lovendringen blir håndtert i praksis, hva vektlegges ved vurderinger, og opplever vedtaksansvarlige dilemmaer av faglig eller etisk karakter?

Funnene ble diskutert i et teoretisk rammeverk om rasjonell beslutningsprosess, hvor funn fra oppgaven ble vurdert opp mot hhv. en normrasjonell og formålsrasjonell beslutningsmodell.

Lovens forarbeider virker å være preget av en tro av at ytterligere rettsliggjøring av klinisk praksis vil føre til ønsket endring, uten i tilstrekkelig grad problematisere i hvilken grad det er gjennomførbart. Kunnskapsgrunnlaget for at innføring av samtykkekompetanse som selvstendig kriterium skulle medføre redusert tvang synes mangelfullt, samtykkekompetanse er ikke en entydig klar størrelse og vil alltid ha elementer av skjønn.

Som det kommer frem i oppgaven er det flere utilsiktede konsekvenser. Det ene er at vedtaksansvarlige opplever å komme i en faglig og etisk skvis hvor det å skulle følge lovverket kan medføre hva de opplever som uheldige konsekvenser. Både ved at pasienter som trenger behandling ikke får det, og ved at pasienter som samarbeider, men ikke har samtykkekompetanse skal underlegges tvunget psykisk helsevern. Et funn i studien er graden av strategisk tilpasning av vurderinger for å få det resultatet man mener er best.

Tvangstallene har ikke gått ned etter lovendring viser tvangstallene tom 2018(8), det foreligger ikke tall for 2019. Det kan synes som forventet sammenheng mellom mål og middel var mangelfullt underbygget. En utilsiktet konsekvens som ble nevnt i forarbeidene er at rettsliggjøringen har medført at pasienter som samarbeider, men som ikke er samtykkekompetente, ikke kan behandles under frivillige rammer. Man kan si på den ene siden er det en styrking av rettsvernet og det juridiske grunnlaget for behandling, men det er ikke sikkert at den enkelte pasient opplever det som et ivaretagende tiltak. Dette har også

konsekvenser for alliansen mellom vedtaksansvarlig og pasient, hvor vedtaksansvarlige, hvis de skal følge loven, er pålagt å opprette tvunget psykisk helsevern. Det synes også å være mulig ulik praksis og lovforståelse mellom Kontrollkommisjoner, hvis så er tilfellet er det et problem fordi det kan medføre forskjellsbehandling av like tilstander avhengig av hvor du får helsehjelp.

Utfra funnen i oppgaven virker det å være behov for videre forskning og mer kunnskap om konsekvenser etter endringen i psykisk helsevernloven som også inkluderer kunnskap fra brukere, pårørende og helsepersonell. Det er nødvendig for å kunne identifisere styrker og svakheter ved dagens lovgiving som igjen kan gi grunnlag for justeringer i lovverket som kan skape større trygghet for at man faktisk oppnår de målsetningene man ønsker i psykisk helsevern- redusert og riktig bruk av tvang som både beskytter individets integritet og fremmer og beskytter lov og helse.

## 8 Litteraturliste

1. Prop 147 L (2015-2017). Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet). In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2016.
2. St prop nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. In: helsedepartementet So, editor. Oslo: Regjeringen.no; 1998.
3. NOU 2019:24. Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2019.
4. Mild St 25 (1996-97). Åpenhet og helhet- Om psykisk lidelse og tjenestetilbudet. In: helsedepartementet So, editor. Oslo: Regjeringen.no; 1997.
5. Norges forskningsråd. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) Sluttrapport- syntese, analyse av evalueringens delprosjekt. Norges forskningsråd; 2009.
6. Sosial og helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang IS-1370. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 2006.
7. Helsedirektoratet. Tvang i psykisk helsevern Utvikling i perioden 2013-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
8. Helsedirektoratet. Tvang i psykisk helsevern Status etter lovending i 2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2020.
9. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. In: Helsedirektoratet, editor. 2017.
10. HR-2016-1286-A. HR-2016-1286-A: Norges Høyesterett – Dom; 2016.
11. Høyre G. Herman Wedel Major- personen, legen og reformatoren. Tidsskr Nor Legeforen. 2016;nr 12-13:1106-8.
12. Ot prop nr 65(2005-2006). Om lov om endring i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv. In: omsorgsdepartementet Ho, editor.: Helse og omsorgsdepartementet; 2005.
13. Mandat-Lovutvalg for vurdering av regler for tvang mv innen psykisk helsevern. In: omsorgsdepartementet Ho, editor.: Helse og omsorgsdepartementet; 2010.
14. Hellevik V. Informasjon og invitasjon. Endringer i psykisk helsevernloven med i krafttredelse 1. juli og 1. september 2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
15. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer, rundskriv. In: Helsedirektoratet, editor. 2017.
16. Hellevik V. Svar på spørsmål om samtykkekompetanse og konverteringsforbudet i psykisk helsevern. Helsedirektoratet; 2019.
17. Psykisk helsevernloven med kommentarer. In: Helsedirektoratet, editor. 2017.
18. Høyre G. Kontrollkommissjonen i psykisk helsevern- Herman Wedel Majors nyskaping. Tidsskr Nor Legeforen. 2016;nr 12-13:s. 1109-12.
19. Forskrift om kontrollkommissjonenes virksomhet, (2001).
20. Helsedirektoratet. Rundskriv for fylkesmennene vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommissjonene i det psykiske helsevesenet. Helsedirektoratet; 2014.
21. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 5. utgave ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
22. Molven O. Helse og jus. 8. utgave ed. Oslo: Gyldendal; 2015.
23. Befring AK. Helse- og omsorgsrett. 1. utgave ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2020.

24. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave ed. oslo: Universitetsforlaget; 2017. 252 p.
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforening. 2002;25:2468-72.
26. St meld 50 (1993-94). Samarbeid og styring Mål og virkemiddel for bedre helsetjeneste. In: helsedirektoratet So, editor. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 1995.
27. NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2011.
28. NOU 2019:14. Tvangsbegrensningsloven Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2019.



# 9 Vedlegg

## 9.1 Intervjuguide:

1. Hva er deres erfaringer knyttet til pasienter med manglende samtykke kompetanse, alvorlig psykisk lidelse og behov for behandling? Har denne problemstillingen blitt drøftet, har det vært møter/undervisning?

Hvordan gjøres samtykkevurderingene? Er det spesielle utfordringer? Tror du/dere det gjøres likt?

Er det forskjell på vurderinger om grunnlaget for TPH om pasienten motsetter seg behandling, eller om pasienten ikke motsetter seg?

Hvordan vurderes dette i akutfaser? Ved forlengelse av TPH?

2. Hvis pasienter er underlagt TPH, fare kriteriet ikke er tilstede, og pasienter bruker medisiner, hvordan vurderes grunnlaget for å fatte vedtak ihht § 4-4? Er det utfordringer, og hva er i tilfellet disse?
3. Hvordan er forståelsen av denne problemstillingen hos samarbeidspartnere?  
For eksempel innleggende lege, legevakt? Pasienter som bor i kommunale bo og behandlingstilbud?
4. Er dette en problemstilling i kontrollkomisjonssaker, enten ved klager eller ved søknad om forlengelse? Opplever dere at det er en felles forståelse?

