



Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Anders Hamre

Masteroppgave

Manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern

– en kvalitativ studie av helsepersonell sine erfaringer et år etter
implementering i lov

Lack of decision-making capacity as a condition for compulsory mental health care
– a qualitative study of health professionals' experiences a year after implementation in law

Antall ord: 26.544

4PM791 - Master i psykisk helsearbeid

2019

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Den 1. september 2017 kom det endringer i psykisk helsevernloven. Den kanskje mest sentrale endringen var at fravær av samtykkekompetanse ble et vilkår for å kunne vedta tvungent psykisk helsevern. Lovens intensjon var økt selvbestemmelse og rettsikkerhet for pasienten.

Hensikt: Denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid har til hensikt å få mer kunnskap om helsepersonell sine erfaringer med lovendringen. Problemstillingen er: «Hvilken erfaring har spesialisthelsetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for tvungent psykisk helsevern?»

Metode: Det er brukt kvalitativ forskningsmetode, og det er gjort semistrukturerte intervjuer av helsepersonell. De syv deltagerne i studien er leger og sykepleiere ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sykehuset Østfold. Systematisk tekstkondensering er benyttet for å analysere intervjuene.

Resultater: Fem resultat kategorier ble identifisert:

- Vurderinger av samtykkekompetanse kan være komplekse og arbeidskrevende.
- Hensyn til liv og helse opp mot selvbestemmelse og rettsikkerhet skaper etiske dilemmaer.
- De fleste av studiens deltagere er skeptiske til lovendringen.
- Man ser sykere pasienter og fortvilte pårørende.
- Det stilles spørsmål ved om samfunnet aksepterer større risiko for vold.

Konklusjon: Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet var lovendringens intensjon. Det er usikkert om lovendringen har ført til mindre tvang, men pasientens rettsikkerhet antas å ha økt. Vurderinger av samtykkekompetanse kan være komplekse og arbeidskrevende. Med manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern oppstår etiske dilemmaer. Dette er erfaringskunnskap fra klinisk arbeid, og materialet viser at kunnskap om lovverk og etisk bevissthet er viktig for alle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid. Uansett hva loven sier om bruk av tvang, vil det alltid være nødvendig for helsepersonell å reflektere etisk rundt dette.

Nøkkelord: Psykisk helsearbeid, psykisk helsevern, psykisk helsevernloven, tvang, samtykkekompetanse, rettsikkerhet, selvbestemmelse, behandlingsnekt og etikk.

Abstract

Background: As of September 1, 2017, changes were made to Norway's Mental Health Care Act. Perhaps most importantly, the lack of decision-making capacity has become a prerequisite for compulsive mental health care. The legislation was amended to improve patient legal security and self-determination.

Purpose: The purpose of the study is to learn more about the experience of health professionals with this legislative amendment. The research question is: «What experience do specialized health care services have with the lack of decision-making capacity becoming a prerequisite for compulsive mental health care?»

Method: Qualitative research method is used. Semi-structured interviews were conducted with health professionals. The seven study participants are doctors and nurses from Lovisenberg Diaconal Hospital and Østfold Hospital. Systematic text condensation was used for interview analysis.

Results: Five categories of results were identified:

- Complex and laborious assessments of decision-making capacity.
- Ethical dilemmas arise when it comes to the consideration of life and health in relation to self-determination.
- Most participants questioned the change in the law.
- Sicker patients and desperate families.
- There is concern about more violence in society.

Conclusion: The amendments were intended to enhance self-determination and legal security. It is unclear whether the change in the legislation reduced coercion, but it is believed that the patient's legal security has increased. Assessing decision-making capacity can be complex and labor-intensive. Ethical dilemmas arise with the lack of decision-making capacity as a condition for compulsory mental health care. This is experiential knowledge drawn from clinical work, and the material demonstrates that legal knowledge and ethical awareness are important to all mental health practitioners. No matter what the law says about the use of coercion, health care professionals must always think ethically.

Keywords: Mental health work, compulsory mental health care, Norwegian Mental Health Care Act, Coercion, self-determination, decision-making competency, treatment refusal, mental capacity, ethics, and security under the law.

Forord

Så var jeg ferdig. Det har vært kjekt å være student. Masteroppgaven har vært en lærerik prosess, både artig og utfordrende. Tusen takk til alle deltagerne som stilte opp i studien og gjorde den mulig. En stor takk til min veileder Sigrud Helene Kjørven Haug for samarbeidet, og mange konstruktive tilbakemeldinger. Takk til rådgiver Bjørn Stensrud ved Sykehuset Innlandet for hans innspill innledningsvis i prosessen. Takk til min arbeidsgiver Lovisenberg Diakonale Sykehus, som har lagt til rette slik at jeg har fått studere. Mange takk til familie, venner, og alle dem som på noen måte har hjulpet meg.

Oslo, oktober 2019

Anders Hamre

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
Forord	3
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Oppgavens formål og relevans	6
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Avgrensninger og oppgavens struktur	8
1.5 Begrepsavklaring, definisjoner	9
1.6 Egen forforståelse	11
2 Teori	13
2.1 Informert samtykke og samtykkekompetanse	13
2.1.1 Informert samtykke	13
2.1.2 Samtykkekompetanse.....	14
2.1.3 Vurdering av samtykkekompetanse	15
2.1.4 Forskning på samtykkekompetanse i psykisk helsevern.....	18
2.2 Offentlige utredninger, proposisjoner og lovverk	20
2.2.1 NOU 2011:19 - Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.....	20
2.2.2 Proposisjon 147L (2015-2016)	25
2.2.3 Psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven	26
2.3 Etikk.....	30
2.3.1 Ethiske teorier	31
2.3.2 “De fire prinsippers etikk”	31
2.3.3 Profesjonsetikk.....	33
2.3.4 Tvang, etikk og jus.....	34
2.4 Statistikk fra før og etter lovendring.....	36
3 Metode	42
3.1 Metodevalg – kvalitativ metode	42
3.2 Hermeneutikk og forforståelse	43
3.3 Det kvalitative forskningsintervjuet	44
3.3.1 Rekruttering og valg av deltagere	45
3.3.2 Gjennomføringen av intervjuer.....	46
3.3.3 Transkribering.....	47
3.4 Analysestrategi – Systematisk tekstkondensering	47

3.5 Personvern og etiske betraktninger.....	49
3.6 Litteratursøk.....	51
4 Resultater	52
4.1 Komplekse og arbeidskrevende vurderinger	52
4.2 Liv og helse vs. selvbestemmelse og rettsikkerhet, etiske dilemmaer	55
4.3 Skepsis til lovendringen.....	56
4.4 Sykere pasienter og fortvilte pårørende	59
4.5 Må samfunnet akseptere større risiko?	61
5 Drøfting	64
5.1 Metodediskusjon.....	64
5.2 Refleksivitet, relevans og validitet	65
5.3 Resultatdiskusjon.....	66
5.3.1 Komplekse og arbeidskrevende vurderinger	67
5.3.2 Liv og helse vs. selvbestemmelse og rettsikkerhet.....	70
6 Avslutning	79
Referanser	81
Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	87
Vedlegg 2 – Informasjon og samtykkeskjema til deltagere.....	88

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den 1. september 2017 kom det endringer i psykisk helsevernloven. Den kanskje mest sentrale endringen var at fravær av samtykkekompetanse ble et vilkår for å kunne vedta tvungent psykisk helsevern. Alvorlig psykisk lidelse åpner altså ikke i seg selv for tvungen behandling lenger. Før lovendringen kunne samtykkekompetente pasienter behandles med tvang i psykisk helsevern. Nå har pasienten rett til å velge å *ikke* ta imot behandling for sin alvorlige psykiske lidelse, dersom vedkommende vurderes å være samtykkekompetent. Muligheten til å behandle med tvang er innskrenket. Selv ble jeg raskt opptatt av dette i min jobb som psykisk helsearbeider, hvor jeg jobber med en del pasienter underlagt tvang. I forbindelse med lovendringen så jeg på min arbeidsplass at vi møtte på etiske problemstillinger rundt dette. Det handlet gjerne om pasientens selvbestemmelse opp mot helsepersonellens oppfatning av hva som var best for pasienten og pasientens omgivelser. Dette sammenfalt med at jeg også studerte psykisk helsearbeid, og jeg bestemte meg derfor for å ha dette som tema i min masteroppgave.

Fokuset på pasientrettigheter har økt over tid. I moderne demokratier, og i menneskerettighetene, er individets selvbestemmelse en sentral verdi (Pedersen & Aarre, 2017, s. 153). Ulike menneskerettighetsorganer har kritisert Norge for å ha en for høy bruk av tvang i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 8-11). Det har vært flere planer og tiltak med mål om å redusere tvangen i psykisk helsevern, men man har ikke lyktes så godt som ønskelig. Det har vært politisk enighet om å redusere bruken av tvang, og i 2017 kom altså endringer i psykisk helsevernloven med intensjon om å øke pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

1.2 Oppgavens formål og relevans

Denne oppgaven har til hensikt å få mer kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell har med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse som vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern. Erfaringer med ny lov innenfor psykisk helsevern opplever jeg som relevant for faget psykisk helsearbeid. Mye av psykisk helsearbeid gjøres innenfor spesialisthelsetjenesten, og lovverket er utgangspunktet for mye av fagets praksis. Dette er også relevant for flere enn de faglig ansvarlige – altså spesialistene, som fatter vedtak om

tvang. For eksempel mener jeg det er viktig at miljøterapeutene, dem som er nærmest på pasienten, har kunnskapen de trenger for å kunne være med å bidra i de faglige vurderingene. Loven sier at vurderingene skal kvalitetssikres, og den faglig ansvarlige har plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell ved vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a. I kommentarer til psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017, s. 65) står det også at det skal legges til rette for «... en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken skal komme frem».

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet for pasienten er lovens intensjoner. Rammeplanen for videreutdanningen i psykisk helsearbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5) påpeker også pasientens autonomi og integritet som viktige prinsipper. Planen sier at: «Viktige prinsipper er rett til et selvstendig liv og krav på respekt for egne valg, uansett lidelsens alvorlighetsgrad og art.» Både loven og faget slår altså fast at selvbestemmelse for pasienten er viktig.

I anledning lovendringen, ble det debattert i media og tidsskrifter for og imot denne. Man kunne se overskrifter som - «*Frykter det blir en tyngre bølge for pårørende*» (Helmers, 2017), og «*Politiet frykter mer vold etter lovendring*» (Vollan & Thonhaugen, 2017). Det er ikke gått lang tid siden loven ble innført, og derfor ser man antagelig ikke fullt ut konsekvensene av den enda. Likevel tenker jeg det er viktig å se hva erfaringene er så langt. Temaet er aktuelt, og det spesialisthelsetjenesten har erfart er lite kjent foreløpig.

Overordnet perspektiv for oppgaven er å få frem hva som er erfaringskompetansen på dette området, jf. kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er at fagpersoner har ulike kilder for kunnskap i praksis. Ved å kombinere forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov, bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre (Helsebiblioteket, 2019). Erfaringsbasert kunnskap er «ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og relasjon utviklet i praksis blant fagfolk» (Fønhus, 2019).

Erfaringskunnskapen kan her blant annet si noe om hvordan deltagerne i studien opplever at lovendringen påvirker deres arbeid med pasienten, de pårørende og samfunnet. Mer kunnskap om dette vil kunne gi bedre grunnlag for evaluering av lovendringen på et senere tidspunkt. Forhåpentligvis vil oppgaven også kunne bidra til større etisk bevissthet og kvalitet i helsetjenesten.

1.3 Problemstilling

Jeg har valgt å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse som vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Oppgavens problemstilling er som følger:

«Hvilken erfaring har spesialisthelsetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for tvungent psykisk helsevern?»

1.4 Avgrensninger og oppgavens struktur

«Tvungent psykisk helsevern» omfatter i denne oppgaven alle vedtak om tvang etter psykisk helsevernloven.

Med spesialisthelsetjenesten siktes det her til psykisk helsevern, herunder distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og døgnavdelinger på sykehus. Av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fremkommer det at alle personer over 16 år i utgangspunktet er samtykkekompetente. I studien er det imidlertid kun fokus på voksenpsykiatrien, med pasienter i aldersgruppen 18-65 år. Nytt krav om manglende samtykkekompetanse for å etablere tvang, er en av flere endringer i loven, og kanskje den mest sentrale. Det er denne lovendringen jeg primært skal se på i denne oppgaven, og derfor er det begrenset hvor mye plass som vies til begrepet tvang, og hvordan tvang oppleves av pasienter. Konkret er det helsepersonells erfaring med manglende samtykkekompetanse som nytt vilkår for tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling, som er sentralt. Med helsepersonell er det her snakk om lege og psykolog, med og uten spesialisering, samt personale med helse- og sosialfaglig utdanning på minst bachelornivå. Det er gjort intervjuer av helsepersonell ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sykehuset Østfold.

Det forutsettes at leseren er kjent med psykisk helsevernloven, men særlig relevant innhold og momenter presenteres.

Det vil kunne være relevant å komme inn på andre samtidige endringer i loven, fordi de kanskje bør ses i sammenheng med hverandre. Eksempelvis er én annen endring at observasjonstiden vedrørende tvangsmedisinering har økt fra tre til fem døgn.

Oppgaven følger såkalt IMRAD-struktur, presentert av Malterud (2017, s. 118). IMRAD er et akronym som viser til en fast rekkefølge i disposisjonen – introduksjon, metode, resultater og diskusjon. I henhold til IMRAD faller eventuell presentasjon av teori inn under

introduksjonen. I denne oppgaven velger jeg imidlertid å ha et eget teorigapittel, plassert mellom introduksjonen og metodekapittelet.

1.5 Begrepsavklaring, definisjoner

Samtykkekompetanse – Å ha samtykkekompetanse vil si å kunne ta en meningsfull beslutning (Pedersen & Aarre, 2017, s. 156). Samtykkekompetanse omtales også som beslutningskompetanse, for eksempel i NOU 2011:9 (2011). Videre her brukes kun begrepet samtykkekompetanse, ettersom det er det lovteksten anvender.

Deltager – Synonym til informant i kvalitative studier. Informantene i denne studien omtales utelukkende som deltagere.

Psykisk helsevern – «Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker, på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.» (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). Det er i denne oppgaven fokus på deltagerens erfaringer fra spesialisthelsetjenesten.

Psykiatri – «... en egen medisinsk disiplin som utøves av leger med spesialutdannelse i fagområdet, en psykiater. Fagområdet psykiatri bygger både på naturvitenskap og kunnskap innhentet fra andre fagområder som psykologi, sosiologi og sosialantropologi (humanistisk vitenskap). Utøvelsen av fagområdet psykiatri (psykisk helsevern) involverer derfor også andre faggrupper som psykologer, sosionomer, spesialsykepleiere og andre yrkesgrupper (som fysioterapeuter, ergoterapeuter) med spesialutdannelse innenfor spesielle områder med relevans for behandling av psykiske lidelser.» (Malt & Skålevåg, 2016)

Tvang – Det er ulike definisjoner av tvang. Store Medisinske Leksikon har følgende definisjon: «Tvang er å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe, enten ved vedtak med hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler» (Storvik & Førde, 2018).

Husum et al. (2017, s 191) skriver at tvang kan deles inn i formell, uformell og opplevd tvang. Den formelle tvangen er den som har et juridisk vedtak bak seg. Formell tvang i psykisk helsevern reguleres av psykisk helsevernloven. Uformell tvang dreier seg om tvang det ikke skrives vedtak om. Dette kan være at frivillig innlagte opplever press, eller at det vises til uønskede konsekvenser dersom ikke pasienten gjør som ønsket. Det kan også dreie seg om restriksjoner og pålegg i en avdeling som det ikke er noe vedtak om. Opplevd tvang vil si en

pasients følelse eller oppfatning av at de er tvunget til å motta psykisk helsehjelp. I denne oppgaven er det formell tvang det vises til når tvang omtales.

I NOU 2019:14 (2019, s. 365), om tvangsbegrensingsloven, uttales det at det ikke er noen enhetlig begrepsbruk om tvang i moderne helselovgivning, og at det er flere tvangsbegrep ute og går. Det skrives at man kan finne tre hovedformer med ulikt fokus og konsekvenser:

1. Tvang som overvinnelse av motstand. Fokus er rettet mot personens subjektive holdning til tiltaket.
2. Tvang som fravær av gyldig samtykke. En slik grensetrekking for tvangsbegrepet rekker vesentlig lenger enn et motstandskriterium. Dels kan det referere til personens subjektive holdning (ønsker ikke å ta stilling), men det representerer også et objektivt tillegg til hva som skal regnes som tvang.
3. Tvang som uttrykk for et kontrollbehov, uavhengig av om det foreligger motstand eller samtykke. Her er ikke personens subjektive holdning relevant. Denne hovedformen representerer dermed den tydeligste objektive utbyggingen av tvangsbegrepet.

Psykisk helse – Verdens Helseorganisasjon (2014) har definert psykisk helse som:

“Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.”

I denne oppgaven omtales psykisk helse, eventuelt uhelse eller sykdom, direkte eller indirekte i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. Etablering av tvungent psykisk helsevern fordrer at pasienten har en alvorlig psykisk lidelse, i loven omtalt som alvorlig sinnslidelse (se pkt. 2.2.3 for beskrivelse av begrepet). Det er ulike grader av psykisk helse, men den omtales altså her i en sammenheng der den er utsatt for store påkjenninger.

Psykisk helsearbeid – forstås i oppgaven som definert av Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Leder i nr. 2, 2008, s. 102): «Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i

prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalmiljø».

Jeg mener definisjonen i sin helhet er relevant for oppgaven. Oppgaven for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er nettopp å styrke den psykiske helsen til det enkelte mennesket, slik at det utvikler opplevelser av sammenheng og mestring. Kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer lovendringer, som griper direkte inn i deres arbeid med pasienter, er derfor sentralt.

1.6 Egen forforståelse

Min forforståelse ble skrevet ned før gjennomføring av intervjuene, og følger under:

Samtykkekompetanse kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å vurdere, spesielt tidlig i et pasientforløp når man ikke kjenner pasienten så godt, eller dersom det er vanskelig å kommunisere med pasienten, for eksempel på grunn av språkbarriere.

Selv jobber jeg som miljøterapeut på en døgnavdeling i psykisk helsevern på sykehus. Jeg er utdannet sosionom og har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har jobbet innen psykisk helsevern de siste ni årene.

Det har gått et år siden loven tredde i kraft. Jeg er usikker på om intensjonene om mindre tvang og større rettsikkerhet for pasienten oppnås i praksis. På min arbeidsplass er det jevnt over fullt belegg av pasienter, hvorav de fleste er innlagt på tvang. Egentlig er hverdagen ganske lik som før, og jeg merker ikke store endringer. Jeg har imidlertid opplevd at noen pasienter har fått medhold i sin klage, fordi samtykkekompetansen var der, og dette opplevde jeg var vanskelig for de pårørende som jeg snakket med. Ved et tilfelle var også pasienten omsorgsperson for barn, og det fikk meg til å reflektere over hva som er etisk forsvarlig.

For mange helsepersonell tror jeg samtykkekompetanse er et litt vagt begrep, spesielt for dem som ikke skal gjøre rede for dette skriftlig, i vedtak med videre. I min arbeidshverdag ser jeg få diskusjoner, i hvert fall tverrfaglige, om hvorvidt samtykkekompetansen er der eller ei.

Dersom pasienten ikke åpenbart mangler samtykkekompetanse, skal tvilen komme vedkommende til gode. Jeg er usikker på hvor ofte dette skjer i praksis rundt omkring.

Pasienter som gjenvinner samtykkekompetanse under behandling vil være innforstått med valgene de tar, og kan nå derfor få lov til å velge å avbryte behandlingen som er igangsatt. Jeg tenker at det kan føre til hyppigere tilbakefall, men at det også kan gi større frihet til mennesker som holdes på sykehus og får medisiner mot sin vilje – meget inngripende tiltak.

Individets selvbestemmelse og integritet står sterkt i vårt samfunn. Tvang er i utgangspunktet ikke et gode, og det er et av de mest inngripende tiltak samfunnet gjør overfor individet. Imidlertid ser jeg at tvangen noen ganger er nødvendig for å ivareta. Det kan være fint for helsepersonell å se at individets selvbestemmelse øker, og at det blir mindre tvangsbruk, men det kan også være vanskelig å forholde seg til - når man ser at tvang er nødvendig for å ivareta, og dette ikke skjer. Selv er jeg ikke sikker på om lovendringen er mest positiv eller negativ.

2 Teori

Den teoretiske referanserammen er ifølge Malterud (2017, s. 47) brillert vi leser materialet med. Den er en del av metoden, og hjelper oss å forstå empirien, altså våre data, i en større sammenheng.

I teorikapitlet presenteres teori og kunnskap om samtykkekompetanse. Videre presenteres offentlig utredning om økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, lovforslag til endringer i psykisk helsevernloven, samt nåværende lovverk og etikk som er relevant for problemstillingen. Til slutt presenteres statistikk over tvang fra tiden før og etter lovendringen ved sykehusene studiens deltagere jobber ved.

2.1 Informert samtykke og samtykkekompetanse

2.1.1 Informert samtykke

I helsetjenesten er hovedregelen at helsehjelp kun kan gis etter et informert samtykke (Pedersen & Aarre, 2017, s. 154). Innenfor både juss og etikk sier man gjerne at et informert samtykke forutsetter at pasienten får informasjon, at det er frivillighet, og at vedkommende har samtykkekompetanse (Pedersen mfl. gjengitt i Pedersen & Aarre, 2017, s. 154).

Det informerte samtykket gir grunnlag for pasientens selvbestemmelse. Selvbestemmelsen vil si at pasienten i utgangspunktet kan takke nei til all behandling. Aarre og Pedersen (2017, s. 154-156) skriver at et reelt informert samtykke kan være vanskelig å oppnå. Eksempelvis er det vanskelig å vurdere hvor mye informasjon man bør gi pasienten om bivirkninger av et legemiddel, dersom man klart mener det er det beste for pasienten å få denne medisinen. Det kan også være vanskelig å få nok tid til å informere godt nok, og tilpasset pasientens forutsetninger.

Noen pasienter har stor tillit til helsepersonell og ønsker ikke all informasjon om sykdom, bivirkninger og så videre. Andre pasienter vil vite alt. Loven stiller strenge krav til at pasienten får all relevant informasjon. Hvis ikke kan det bety at samtykket er ugyldig (Pedersen & Aarre, 2017, s. 155). Ulike etiske retninger kan derimot åpne for å tilpasse informasjonen etter pasientens individuelle ønsker. Pedersen og Aarre påpeker at helsepersonellet uansett har en rolle når pasienten skal ta en beslutning. Helsepersonell skal ha en formening om hva som er faglig forsvarlig og god hjelp. De understreker at objektiv

informasjon er viktig, og at det er vanskelig å gi nøytral informasjon om helsehjelp, da det kan være mange meninger, fortolkninger om, og holdninger til hva som er faglig forsvarlig.

2.1.2 Samtykkekompetanse

Å inneha samtykkekompetanse vil si at man har innsikt i egen situasjon, og er innforstått med konsekvensene av de valgene man kan ta. Man må samtidig kunne uttrykke valget.

Utgangspunktet er at man har fått nødvendig informasjon som er tilpasset ens forutsetninger (Pedersen & Aarre, 2017, s. 155).

Grisso og Appelbaum (1998), gjengitt i Pedersen og Aarre (2017, s. 157), står for en mye brukt definisjon av samtykkekompetanse. Ifølge dem består samtykkekompetanse av fire evner. Dette er evnen til å forstå, anerkjenne, resonnerer, og det å kunne uttrykke et valg. Om en av disse evnene er nedsatt vil det si at samtykkekompetansen er svekket:

Å forstå – forstå relevant informasjon ved valg av behandling. Dersom pasienten ikke forstår det de fortelles om behandlingen, er de ikke kompetente til å ta et valg. Utover det å kunne ta imot og gjengi informasjon, må pasienten forstå den grunnleggende informasjonen om behandlingen. Det kan for eksempel være snakk om fordeler og ulemper, årsakssammenhenger og prognose. Hukommelse, oppmerksomhet og intelligens kan påvirke denne evnen. Det er viktig at informasjonen er tilpasset slik at pasienten lett kan forstå. Evnen til å forstå må ikke likestilles med pasientens ordforråd.

Å anerkjenne – Til forskjell fra å forstå vil dette si å kunne vurdere hva informasjonen betyr for en selv og sin helsetilstand. Det innebærer at en pasient realistisk kan vurdere sin sykdom, og sannsynlige konsekvenser av behandling eller ei.

Å resonnerer – Vil si at man evner å vurdere alternativer opp mot hverandre. Man vurderer den gitte informasjonen i beslutningsprosessen, og en overveier konsekvensene av ulike behandlingsalternativer, fordeler og ulemper.

Å uttrykke et valg – Dette er en nærmest universell egenskap ved samtykkekompetanse, og derfor unnlates det noen ganger å nevne dette eksplisitt. Å kunne uttrykke et valg er åpenbart en del av å være samtykkekompetent. Utover det vil det si at man over tid kan stå fast ved sitt valg - såpass lenge at behandlingen lar seg

realisere. Tankeforstyrrelse, tap av bevissthet, forstyrrelse av korttidsminne, eller betydelig ambivalens, er eksempler på tilstander som kan påvirke denne evnen.

Tvungent psykisk helsevern som system har gått fra å være kriterie- og diagnosebasert (Helsedirektoratet, 2009, s. 85), til å bli kompetansebasert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 20). Man skal nå legge vekt på pasientens funksjon – evnen til å forstå egen situasjon og konsekvensen av de valgene man tar. Samtykkekompetanse var noe man ikke tok direkte stilling til i psykisk helsevern tidligere. I tillegg til en alvorlig sinnslidelse, måtte behandlingstvilkåret eller farevilkåret (å være til fare for seg selv eller andre) være oppfylt for å kunne etablere eller opprettholde tvungen psykisk helsehjelp. Det at en psykotisk eller manisk pasient, kunne få sin tilstand forverret, eller gå glipp av bedring, ved ikke å bli innlagt på tvang (behandlingstvilkåret), var tilstrekkelig grunnlag for tvungent psykisk helsevern. I dag er ikke dette nok (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 52). Det skal nå sannsynliggjøres at pasienten både vil kunne få sin tilstand forverret, samt ikke ha samtykkekompetanse for å vedta tvungent psykisk helsevern.

2.1.3 Vurdering av samtykkekompetanse

Helsepersonell må ha kunne vurdere pasientens samtykkekompetanse. De har et ansvar for at samtykkekompetente pasienter får bestemme selv, og at ikke-samtykkekompetente pasienter beskyttes mot dårlige valg. Imidlertid kan kompetansevurderingen være utfordrende. Pedersen og Aarre (2017, s. 157) skriver at alle pasienter bør vurderes som samtykkekompetente inntil man har vurdert at de *ikke* er det. Hvis man er usikker på om pasienten er samtykkekompetent skal tvilen komme pasientens selvbestemmelse til gode. De hevder at vurderingen av samtykkekompetanse kan være enkel, men at den kan være utfordrende dersom samtykkekompetansen er i en gråsoner. Det er da en rekke verktøy og hjelpemidler man kan bruke i vurderingen. Hjelpemidlene kan også være nyttige for å se på hva man skal vurdere i de mer åpenbare tilfellene. Eksempler på slike verktøy er MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) og Aid to Capacity Evaluation (ACE). Sistnevnte er oversatt til norsk (Helsedirektoratet, 2017, s. 18). Ifølge Pedersen og Aarre har disse hjelpemidlene til felles at man undersøker hvorvidt pasienten har evnene Grisso og Appelbaum har beskrevet, se i pkt. 2.1.2. Akronymet “FARV” er en huskeregel for dette (Forstå, anerkjenne, resonnere, velge) (Pedersen & Aarre, 2017, s. 157).

Aarre og Pedersen (2017, s. 157) påpeker at vurderinger av samtykkekompetanse alltid innebærer bruk av skjønn. Hjelpemidlene har ikke fasitsvar og kan ikke nøyaktig si hvem som har samtykkekompetanse eller ikke. Hjelpemidlene har imidlertid en del forslag til spørsmål man kan stille for å kartlegge pasientens evner, jf. de fire områdene i FARV. Førde, Nortvedt, Pedersen og Hem (2017, s. 43) skriver at faglig kunnskap er en forutsetning for det profesjonelle skjønn, men legger til at for å vite hva som er riktig å gjøre, trenger man også etisk kompetanse. De konkluderer med at utøvelse av skjønn er sårbart og feilbarlig. De mener et godt skjønn innlemmer både fag og etikk (Førde et al., 2017, s. 52), og at det tar hensyn til objektive fakta, samt mer personlige og situasjonsbetingede hensyn.

I Helsedirektoratets rundskriv “Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer” (2017, s. 16) presenteres noen eksempler på spørsmål man kan stille:

- Hva tenker du om din situasjon og tilstand?
- Hva tror du vil skje med deg hvis ingenting gjøres?
- Tror du denne behandlingen eller undersøkelsen er det beste for deg? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hvordan vurderer du fordelene og ulempene ved behandlingen?
- Du har nå fått mye informasjon om din tilstand, har du bestemt deg for hvilken behandling som er best for deg akkurat nå?

Før man begynner med disse verktøyene, påpeker Aarre og Pedersen (2017, s. 158) at man bør få etablert en kontakt med pasienten, og høre med vedkommende hva hans eller hennes situasjon er. Pasienten må også få informasjon om diagnose, behandlingsalternativer, nytte av behandling, bivirkninger, og prognose med og uten behandling.

Grisso og Appelbaum (1998), gjengitt i Pedersen og Aarre (2017, s. 158), understreker at en pasient med manglende sykdomsinnsikt ikke nødvendigvis mangler samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse og sykdomsinnsikt er altså ikke det samme. Pasienter med en psykoselidelse *kan* ha samtykkekompetanse, selv om de ofte ikke har det. Eksempelvis kan de være helt uenig i at de er syke, samtidig som de kan resonnerer rasjonelt omkring fordeler og ulemper ved medikamenter.

Pedersen og Aarre (2017, s. 158) viser til at begrepet sykdomsinnsikt, når det gjelder psykiske lidelser, har blitt kontroversielt de senere år. Pasienter kan være saklig uenige med helsepersonells syn på psykiske lidelser og helse. Etersom psykiske lidelser har en uavklart sykdomslære, og psykiatrien ikke er en mer presis vitenskap enn den er, hevder Pedersen og

Aarre at man bør være varsom med å mene at noen har større innsikt i dette enn andre. De hevder det kan være like greit og konstatere at pasienten ikke føler seg syk. At pasienten ikke føler seg syk, er derfor ikke nødvendigvis et uttrykk for manglende samtykkekompetanse.

Helsedirektoratet (2017, s. 20) skriver også i sitt rundskriv, IS-1/2017, at redusert sykdomsinnsikt ikke er ensbetydende med manglende samtykkekompetanse. Der man tidligere tenkte enten/eller, er det blitt vanligere å se på sykdomsinnsikt som flerdimensjonalt. Sentralt er at pasienten erkjenner å ha en psykisk lidelse, og at vedkommende gjenkjenner sykelige symptomer, samt at han eller hun er klar over sitt behov for behandling. Hvis en pasient opplever at noe er unormalt, og selv oppsøker hjelp, er vedkommende som regel samtykkekompetent. Hvis en pasient derimot ikke har noen opplevelse av sykdom, vil vedkommende ofte mangle samtykkekompetanse. Helsedirektoratet påpeker at pasientens eventuelle skepsis til diagnose og medisin kan være velbegrunnet. Pasienten kan oppleve manglende virkning, eller bivirkning av medisinen, og dette trenger ikke handle om manglende sykdomsinnsikt.

Samtykkekompetanse skal vurderes konkret opp mot en gitt beslutning (Pedersen & Aarre, 2017, s. 158). En viktig betraktning er altså at samtykkekompetanse er situasjonsspesifikk (O'Brien, 2010). For eksempel kan en pasient gjøre et kompetent valg om å ringe en slektning, men ikke når det gjelder å skrive seg ut fra sykehuset.

Graden av samtykkekompetanse er sjelden konstant og kan svinge i løpet av en dag (Pedersen & Aarre, 2017, s. 158). Pasienten bør vurderes når han eller hun er på sitt beste. Det oppgis at det kanskje enkleste å vurdere, er om pasienten er i stand til å uttrykke et valg. Et vanlig symptom ved psykose er ambivalens. Enkelte mener at det å fastholde et valg er en forutsetning for å være samtykkekompetent. Pedersen og Aarre mener en pasient skal ha anledning til å ombestemme seg, men sier at hyppig skiftende ønsker og sterk ambivalens, kan være et tegn på at samtykkekompetansen er redusert.

Helsedirektoratet (2017, s. 18) skriver i rundskriv IS-1/2017 at det er noen misforståelser knyttet til å vurdere pasienters samtykkekompetanse. Følgende eksempler angis:

- pasienter som ikke følger legens råd, har redusert samtykkekompetanse
- pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse
- når samtykkekompetanse mangler, så mangler den for alle beslutninger om helsehjelp
- mangel på samtykkekompetanse er permanent

- alle som er psykotiske/har diagnosen schizofreni mangler samtykkekompetanse

Det påpekes som viktig at helsepersonell påser at slike «kjappe konklusjoner» og misforståelser ikke får påvirke vurderingen.

I samme rundskriv skriver Helsedirektoratet en del om vurderingen av samtykkekompetanse ved alvorlige psykiske lidelser. Det understrekes at vurderingen innebærer skjønnsmessige og etiske overveielser, og at dette krever tid til refleksjon og diskusjon. Videre at det er viktig at man unngår tilfeldige variasjoner i skjønnsutøvelsen, og at bruken av tvang begrenses. Det angis som en fordel at man kvalitetssikrer vurderingen ved diskusjon i tverrfaglige team. Pasientens historikk og tidligere uttalelser er viktig informasjon man bør ta med i vurderingen. Pasienten kan for eksempel å ha lang erfaring med bruk av et medikament. Pasienten kan ha opplevd tvang i helsevesenet før, og uttalt seg om disse erfaringene i evaluering av tvang med helsetjenesten. Et annet eksempel kan være at pasienten har skrevet en forhåndserklæring, eller mestringsplan, med ønsker om hvordan han eller henne skal behandles ved en innleggelse. Viktig informasjon kan også komme fra pasientens pårørende, eller annet helsepersonell som vedkommende har kontakt med til daglig.

2.1.4 Forskning på samtykkekompetanse i psykisk helsevern

Videre følger presentasjon av noe forskning på samtykkekompetanse i psykisk helsevern. Jeg fant ikke frem til noen norsk forskning på området.

Ved hjelp av et mye brukt verktøy for å vurdere samtykkekompetanse, MacArthur competence assessment tool (MacCAT-T), finner Grisso og Appelbaum, (gjengitt i O'Brien, 2010) i 1995 ut at 48 prosent av nylig innlagte pasienter med schizofreni har samtykkekompetanse. I studien finner man også at 76 prosent av nylig innlagte pasienter med depresjon har samtykkekompetanse.

Selv om psykose ikke alltid er forbundet med manglende samtykkekompetanse, finner Bellhouse et al. (2003), i sin studie fra England og Wales, ut at sammenhengen mellom psykotisk lidelse og manglende samtykkekompetanse er signifikant. Dette er en studie med mål om å undersøke gjennomførbarheten av samtykkekompetansevurdering av pasienter innlagt på døgnavdelinger i psykisk helsevern. Forskerne konkluderer med at samtykkekompetanse kan vurderes pålitelig i løpet av den første uken etter innleggelse. De finner også at helsepersonell, som er kjent med samtykkekompetansevurdering, vil kunne

enes om sine vurderinger. Viktige funn i studien er at de fleste av pasientene i psykisk helsevern (under daværende lovverk) er samtykkekompetente. Man finner også ut at en andel av de frivillig innlagte mangler samtykkekompetanse.

Cairns et al. (2005) gjør en studie der de ønsker å finne ut av hvor samstemte klinikere kan være i vurderingen av samtykkekompetanse, ved hjelp av kartleggingsverktøyet MacCAT-T. De finner ut at det var mulig å oppnå en høy samstemthet (kappaverdi på 0,82) ved hjelp av MacCAT-T og kliniske intervjuer.

Okai et al. (2007) gjør en systematisk litteraturstudie med mål om å kartlegge forekomsten av manglende samtykkekompetanse hos pasienter med psykiske lidelser. I tillegg er et mål å beskrive påliteligheten av ulike hjelpemidler til vurderingen av samtykkekompetanse. Man ser på 37 ulike kvantitative tverrsnittsstudier, og blant disse identifiserer man 29 forskjellige hjelpemidler til vurdering av samtykkekompetanse. Det er stor likhet med hensyn til hvordan studiene definerer og bedømmer samtykkekompetanse. Samstemtheten mellom hjelpemidlene er stor. I litteraturstudien finner man at manglende samtykkekompetanse er vanlig hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern (median på 29 prosent). De fleste av pasientene er altså samtykkekompetente. Psykose, alvorlige symptomer, tvangsinnleggelse og motstand mot behandling, er de største risikofaktorene for manglende samtykkekompetanse. De konkluderer med at samtykkekompetanse lar seg vurdere pålitelig.

Owen et al. (2008) gjør en tverrsnittsstudie på tre sykehus i London, i perioden februar 2006 - juni 2007, hvor de gjennomfører strukturerte samtykkekompetansevurderinger. De fleste vurderingene gjøres med hjelpemiddelet MacCAT-T, som bygger på FARV-kriteriene. Vurdering av samtykkekompetansen til 338 av 350 innlagte pasienter gjøres så tidlig under innleggelsen som mulig - 0-8 dager etter innleggelse, med en median på 2 dager. 12 pasienter mister man muligheten til å vurdere innenfor rammene. Av disse 338 pasientene mangler 60 prosent samtykkekompetanse når det gjelder behandling. Av dem som er frivillig innlagt mangler 39 prosent samtykkekompetanse, mens andelen er på 86 prosent blant de tvangsinnlagte. Andelen som ikke har samtykkekompetanse, varierer med hva slags diagnose pasienten har. Blant pasienter med mani har 97 prosent ikke samtykkekompetanse. Blant pasienter med personlighetsforstyrrelse er denne andelen på 4 prosent. De finner at pasienter med psykotiske lidelser, i tillegg til maniske episoder ved bipolar lidelse, er dem som i størst grad mangler samtykkekompetanse.

Lepping, Stanly & Turner (2015) gjør en systematisk litteraturstudie der de ønsker å kartlegge forekomsten av mangel på samtykkekompetanse hos pasienter i helsevesenet - både innen somatikk og psykisk helsevern. De hevder at pasientens samtykkekompetanse sannsynligvis overvurderes av klinikere. I studien finner man frem til 58 studier som inkluderer 70 datasett. 35 av studiene er gjort i psykisk helsevern, mens 23 er gjort i somatikken. Innen psykisk helsevern finner man at en gjennomsnittlig andel av pasientene på 45 prosent mangler samtykkekompetanse. I somatikken er denne andelen på 34 prosent. Ut av sine funn konkluderer de med at det ikke er noen signifikant forskjell når det gjelder omfanget av samtykkekompetanse blant pasienter i somatikk og psykisk helsevern. De påpeker imidlertid at man i tidligere studier har sett signifikante forskjeller når det gjelder andelen samtykkekompetente, når man ser på ulike diagnosegrupper i psykisk helsevern. Pasienter med psykose, demens og mani mangler i større grad samtykkekompetanse enn pasienter med depresjon eller personlighetsforstyrrelse.

2.2 Offentlige utredninger, proposisjoner og lovverk

2.2.1 NOU 2011:19 - Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Det var mer en tjue år siden en offentlig utredning hadde behandlet lovgivingen som omfatter psykisk helsevern, og ti år siden gjeldene psykisk helsevernlov tredde i kraft (NOU 2011:9, s. 11). Utvalget (også kalt Paulsrudutvalget) hadde som mandat at det skulle gjøres en gjennomgang av etiske, faglige og rettslige sider ved alle deler av psykisk helsevernloven og praksis (NOU 2011:9, s. 14). Spesielt skulle utvalget vurdere:

- Forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettigheter.
- Behandlingsvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern.
- Vilkårene for iverksetting av behandling under tvang (herunder tvangsmedisinering) og bruk av tvangsmidler.
- Gjeldende kontrollordninger for overprøving av tvangsvedtak.

Bakgrunnen for utvalget og dets mandat

I politisk plattform for flertallsregjeringen (2009 – 2013), kapittel 9, fremgår det at regjeringen skal fortsette arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang, og styrke

dette (NOU 2011:9, s. 15). Bruker- og rettighetsperspektivet hadde fått større plass i debatten om tvang i psykisk helsevern. Dette kom ved siden av opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) og flere lovfestede pasientrettigheter. Spesielt hadde *behandlingsvilkåret* i psykisk helsevernloven vært debattert, altså at pasienten uten behandling: «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er en stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret».

Etter at Stortinget i Innst. O. nr. 66 (2005 – 2006) ba om en mer grundig vurdering av *behandlingsvilkåret* i psykisk helsevernloven, nedsetter Helsedirektoratet i august 2008 en arbeidsgruppe som blant annet gis i mandat å gjøre en slik vurdering. Gruppen (NOU 2011:9, s. 15) kommer ikke frem til et samlet standpunkt til spørsmålet om en lovendring, men anbefaler at det nedsettes et lovutvalg «... for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetsforpliktelser.» Gruppen forholder seg til professor dr. juris Aslak Syse sin utredning fra 2009, om de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevernet. I utredningen konkluderer Syse med at reguleringen av tvang i norsk psykisk helsevern ikke er i strid med konvensjoner om menneskerettigheter.

Et aktuelt spørsmål var om Norge måtte endre sine tvangsbestemmelser i psykisk helsevern, sett i lys av at Norge muligens ville ratifisere FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Utenriks- og Helse- og omsorgsdepartementet konkluderer imidlertid med at tvangsbestemmelsene ikke er i strid med konvensjonen, og at det derfor ikke er nødvendig med noen lovendring før en eventuell ratifikasjon. (NOU 2011:9, s. 15). Norge ratifiserer senere CRPD i 2013, og er dermed forpliktet til å følge denne (FN-sambandet, 2019). Utvalget skriver innledningsvis i sin utredning (NOU 2011:9, s. 16) at deres holdning er at man likevel ikke skal utelukke at lovbestemmelsene bør gjennomgås og eventuelt endres - selv om daværende tvangsregler i psykisk helsevern ikke syntes å være i strid med menneskerettighetene.

Noen av utvalgets anbefalinger

Utvalget, unntatt et medlem, (NOU 2011:9, s. 13) foreslår blant annet å videreføre muligheten til tvangsinngrep ved frihetsberøvelse og tvangsbehandling overfor personer med alvorlige psykiske lidelser. Det begrunnes med at det er nødvendig for å «hindre vesentlig helseskade og dekke nødvendige behandlingsbehov.» Flertallet av utvalget ser det som svært viktig og

mulig å styrke bruker- og rettighetsperspektivet, og foreslår ulike tiltak for å bedre dette. Det kanskje mest sentrale er at utvalget anbefaler at fravær av samtykkekompetanse skal bli et vilkår for å etablere tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling. Det blir også foreslått at det skal være et krav om antatt samtykke dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, og skjerpede krav til begrunnelser i vedtak og kontroll av disse (NOU 2011:9, s. 12). Utvalget legger til grunn for forslaget at samtykkekompetanse kunne vurderes på en pålitelig måte. Man viser til at det finnes verktøy (se pkt. 2.1.2) for hjelp til disse vurderingene, men det uttales at vurderingene hovedsakelig må baseres på skjønn, tverrfaglige diskusjoner og helhetsvurderinger (NOU 2011:9, s. 217).

Utvalget anbefaler altså en overgang til et kompetansebasert system for psykisk helsevernloven. Det vil si at det ikke skal anvendes tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente personer. Utvalget foreslår dog unntak fra dette ved selvmordsfare og fare for andres liv og helse (NOU 2011:9, s. 18). Utvalget velger å bruke begrepet «beslutningskompetanse» fremfor «samtykkekompetanse» i sin utredning, og anbefaler at dette brukes i en eventuell lovtekst. Et argument for dette er at man med begrepet beslutningskompetanse, tydeligere får frem at pasienten både kan velge og velge bort behandling (NOU 2011:9, s. 13).

Utvalget foreslår at den faglig ansvarlige plikter å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før fattning av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I arbeidet drøfter man om hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse kan eller bør erstattes med et funksjonsvilkår alene, eksempelvis i form av manglende samtykkekompetanse. Det skrives at dagens diagnoserelaterte hovedvilkår er sterkt knyttet til behandlingsfaglig skjønn, mens samtykkekompetanse kanskje er mer egnet til prøving i kontrollorganer. Av diskrimineringshensyn ser man flere argumenter for å samle reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten i én felles tvangslov, men utvalget velger å ikke gå nærmere inn på dette. Ut av det utvalget omtaler som pragmatiske hensyn, anbefaler de å beholde det avgrensende hovedkriteriet – alvorlig sinnslidelse (NOU 2011:9, s. 164).

Å følge disse anbefalingene ser utvalget på som en tilpasning og ønsket utvikling for å nå de fastslåtte målene i CRPD (NOU 2011:9, s. 13).

Mulige konsekvenser av anbefalingene

Utvalget anser at en innskrenket mulighet til bruk av tvang på behandlingsindikasjon, og økt vekt på samtykkekompetanse, indirekte vil kunne føre til at flere pasienter vurderes som farlige for seg selv eller andre. Det vises til at bruken av farevilkåret har vært lav sammenlignet med bruken av behandlingvilkåret. Det påpekes at man hovedsakelig har begrunnet tvang i behandlingskriteriet, og at man derfor mangler sikker kunnskap om hvor mange som faktisk oppfyller farevilkåret (NOU 2011:9, s. 180).

Utvalget påpeker at konsekvensene av å innføre et kompetansebasert system for tvang, etter behandlingvilkåret, vil komme an på hvordan samtykkekompetanse vurderes. Utvalget vurderer likevel ikke at det vil utgjøre noen særlig forskjell for de pasientene som er hardest rammet av psykiske lidelser. Samtykkekompetente pasienter, derimot, anser utvalget (NOU 2011:9, s. 218) vil «... få større innflytelse på egne helsebeslutninger, herunder valg av behandlingsmetode samt omfang og varighet av behandlingen, i tillegg til selve retten til å avstå fra behandling.»

Utvalget (NOU 2011:9, s. 218) forventer at arbeidet med vedtaksbeslutningene, med vurderingen av samtykkekompetanse, kan ta mer tid og ressursbruk. Særlig forventer man dette i en overgangsfase, og det anses som realistisk at «... det må være en form for opplæring av relevant helsepersonell i forkant.» Utvalget ser det som sannsynlig at forslaget i utgangspunktet vil føre til færre tvangsinnleggelses (enn det som fulgte av daværende lovverk og praksis). Utvalget antar med sitt forslag at det ville føre til kortere opphold i tvungent psykisk helsevern. Det påpekes at disse pasientene bør få tilbud om annen helsehjelp, som alternativ til tvangsinnleggelse, og det forutsettes at samlet ressursbruk overfor pasientgruppen i liten grad skal påvirkes – sett bort fra prosedyrer for vedtak og klagesaker. Utvalget formoder noen overgangskostnader, men at kostnadene over tid ville forbli de samme som i daværende praksis (NOU 2011:9, s. 217).

Paulsrudutvalget anbefaler at det bør vurderes om tvangsreglene i helse- og omsorgslovgivningen skal samles i én felles lov. Dette førte til at regjeringen senere oppnevnte et nytt offentlig lovutvalg med oppdrag om å gjøre en samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5-6).

Hørings svar

Høringsinstansene hadde ulike meninger om utvalgets forslag, men de fleste støtter forslaget. De som støtter forslaget, fokuserer spesielt på pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. De som er imot forslaget legger mer vekt på praktiske utfordringer med gjennomføring, samt helse- og velferdsmessige konsekvenser for personer med alvorlig psykiske lidelser. Under følger sitat fra Legeforeningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 22-23):

«Det er vanskelig å forutse hvordan krav om beslutningskompetanse vil påvirke tvangsbruk i praksis. Muligheten for at forslaget vil føre til økt bruk av tvang er absolutt til stede. Beslutningskompetanse kan vise seg å svinge i løpet av et døgn, og ikke minst i akutte situasjoner kan forbigående og situasjonsutløst svekkelse av beslutningskompetansen kunne føre til uønsket etablering av tvang. [...] Beslutningskompetansen vil kunne være intakt i forhold til enkle problemstillinger, men kan samtidig være sviktende når det gjelder mer omfattende og sammensatte spørsmål som krever abstraksjonsnivå og evne til å se sammenhenger. Også situasjonsavhengige forhold vil påvirke beslutningskompetanse. [...] Legeforeningen ser at det på den annen side kan tenkes at en forsiktig, snever fortolkning av begrepet beslutningskompetanse vil føre til at en del pasienter, særlig ved psykosesykdom under utvikling, vil bli innlagt senere enn under nåværende regelverk. Man kan tenke seg at sykdom må utvikle seg i alvorlig grad og at funksjonsnivået må falle betydelig før tvang kan anvendes.

Hvis utfallet av den foreslåtte lovendringen blir at færre psykotiske personer, og særlig «nye syke», blir tatt imot til tvungent psykisk helsevern, kan konsekvensen bli alvorlig for pasientene og deres pårørende. Langvarige, ubehandlede psykoser kan føre til helseskade på kort og lang sikt. Foruten å gi dårligere behandlingsutsikter så vil sen/ forsinket behandling også kunne medføre økt forekomst av alvorlig vold og alvorlig suicidaladferd. [...] Legeforeningen vil også peke på det problem som oppstår når en pasient med manglende beslutningskompetanse er i bedring og man skal ta stilling til om beslutningskompetansen er gjenvunnet, slik at tvang skal oppheves. [...] Dette gjelder særlig der hvor beslutningskompetanse er fluktuerende og hvor pasienter er kjennetegnet av beslutningsambivalens. Beslutningskompetanse skal altså vurderes av helsepersonell under dialog med pasienten, og eventuelt pårørende, om sykdom og behandlingsmuligheter, og deretter lede frem til en beslutning om helsehjelp. Å

avklare beslutningskompetanse er noen ganger en kort og enkel prosess, både ved ukompliserte medisinske tilstander hos psykisk friske og også ved meget alvorlig sykdom hvor fraværet av beslutningskompetanse kan være åpenbart. Men når sykdomstilstanden og helsetilbudet er mer komplisert og pasientens forståelsesmuligheter varierer, blir vurderingen en komplisert og langvarig prosess. [...] I tillegg vil en del pasienter på grunn av sin tilstand være ambivalente og ha problemer med å ta valg, selv om de isolert sett forstår de relevante problemstillinger. Legeforeningen vil derfor understreke at utøvelse av klinisk skjønn derfor i mange sammenhenger vil kunne være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn det de aktuelle forslag synes å forutsette.»

2.2.2 Proposisjon 147L (2015-2016)

Proposisjon 147L (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) var et forslag til lovvedtak fra Helse- og omsorgsdepartementet med tittel «Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)». Det ble godkjent i statsråd 17. juni 2016. Et enstemmig storting stilte seg bak lovforslaget (Syse, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet vurderte forslagene i NOU 2011:9, Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, og foreslår at flere av forslagene fra utvalgets flertall burde følges opp. Det kanskje mest sentrale er at departementet foreslår at samtykkekompetente pasienter skal få rett til å nekte behandling i psykisk helsevern, eventuelt motta frivillig helsehjelp. Dette for å styrke pasientens rett til å ta beslutninger som får konsekvenser for egen helse. Forslaget sier at retten til å nekte skal gjelde tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Det foreslås imidlertid også at retten til å nekte skal falle bort ved selvmordsfare, eller fare for andres liv eller helse. Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven, om hvem som har samtykkekompetanse, skal legges til grunn (Syse, 2016, s. 298).

Videre foreslår departementet blant annet også lovendringer for å styrke rettsikkerheten til pasienter som motsetter seg behandling eller andre tiltak. Det foreslås at pasienten skal få økt rett til å uttale seg, skjerpede krav til begrunnelse for vedtak, og utvidet rett til fri rettshjelp. Det foreslås også en tydeliggjøring av formålet med psykisk helsevernloven, og at utøvd tvang skal evalueres sammen med pasienten.

Lovforslaget sendes ikke ut på høring, og det kommer derfor brått på det psykiatriske fagfeltet. Fra Helse- og omsorgsdepartementet begrunner man det med at lovforslaget er en oppfølging av Paulsrudutvalgets (NOU 2011:9) utredning, som har vært på høring (Syse, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 24) uttaler i lovforslaget at en endring av loven vil være en viktig tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Konvensjonen gir uttrykk for en internasjonal utvikling med økt søkelys på selvbestemmelse og ikke-diskriminering.

2.2.3 Psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven

Utover hva som er presentert her, forutsettes det at leseren er kjent med psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Psykisk helsevernloven (1999) regulerer psykisk helsehjelp som ytes i spesialisthelsetjenesten, både frivillig og tvungen. I lovens formålsbestemmelse fremkommer det at formålet med psykisk helsevernloven 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.»

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) skal «[...] bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.»

Psykisk helsevernloven ble sist endret 1. september 2017. Det redegjøres ikke for alle lovendringene her. Lovgivers intensjon var å styrke pasientens autonomi og rettsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5-6). Under følger en kort avklaring av disse begrepene.

Autonomi – Én definisjon autonomi, gitt av Dworkin, gjengitt av Hofmann (2002), legger vekt på selvbestemmelse, forståelse, rasjonalitet, beregning og evnen til å foreta uavhengige valg. Ifølge Dworkin er vi autonome dersom vi har disse egenskapene.

Rettsikkerhet – Individets grad av beskyttelse mot vilkårlighet eller overgrep fra myndighetene (Molven & Gisle, 2018). Det innebærer krav om at de avgjørelsene som domstoler og forvaltning gjør overfor individet, en gruppe, eller hele befolkningen, skal være mest mulig rettferdige og forutsigbare. Andre rettsikkerhetsprinsipper er blant annet legalitetsprinsippet, som vil si at myndighetene og forvaltningen må ha hjemmel i lov for å treffe vedtak overfor individet. Offentlighetsprinsippet, vil si at forvaltningsdokumenter skal være åpne for innsyn. Det kontradiktoriske prinsipp - alle involverte parter i en sak får mulighet til å ytre sin mening før det treffes en avgjørelse. Uskyldspresumpsjonen – alle skal anses å være uskyldige inntil det motsatte er bevist.

Kapittel 3 i psykisk helsevernloven omhandler tvungent psykisk helsevern. For å kunne vedta tvungent psykisk helsevern er det en rekke vilkår som må være oppfylt.

«**Alvorlig sinnslidelse**» er hovedkriteriet for å etablere tvungent psykisk helsevern. Begrepet er «et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose» (Helsedirektoratet, 2017, s. 29-30). I Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven angis det at psykoser, også rusutløste, faller inn under begrepets kjerneområde. En alvorlig sinnslidelse er hovedkriteriet for at man kan vedta tvungent psykisk helsevern. Andre tilstander enn psykose vil også kunne omfattes av begrepet. For å etablere tvungent psykisk helsevern, skal *det* være nødvendig for å hindre at pasienten «[...] enten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.»

Noen definisjon, eller klart skille, på hva som er lettere og alvorlige psykiske lidelser har undertegnede ikke lyktes med å finne. Psykologforeningen (2019) skriver på sin nettside «fakta om psykiske lidelser» at dette skillet ikke er «[...] godt faglig etablert i detalj.» I ulik litteratur synes dette å avgjøres av funksjonsnivået og det symptom- og lidelsestrykket lidelsen medfører.

Helsedirektoratet informerer om at helsetjenesten ved grensetilfeller må vurdere utslagene en sykdomstilstand gir. Det må vurderes om sykdommen påvirker pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne slik at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.

Når det skal vurderes om en pasient oppfyller lovens hovedvilkår, altså ha en alvorlig sinnslidelse, skriver Helsedirektoratet at det må legges vekt på pasientens «atferdsmønster,

situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringsevne og eventuelle andre psykiske symptomer.» Utover det kan sykdommens alvorlighetsgrad og varighet vektlegges.

Det er altså art og grad av psykiske symptomer som avgjør om man snakker om en alvorlig sinnslidelse. Det irrelevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller annet.

Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 13), kommenterer begrepet i sin utredning. De foreslår å endre begrepsbruken, og endre «alvorlig sinnslidelse» med «alvorlig psykisk lidelse». Et argument er at sistnevnte er mer «tidsmessig». Forslaget ble ikke tatt til følge.

De andre vilkårene for tvungent psykisk helsevern er:

- Frivillig psykisk helsevern skal være forsøkt, eller det skal være formålsløst
- Pasienten skal ha vært undersøkt av to leger, én av dem skal være uavhengig den ansvarlige institusjonen
- **Pasienten må mangle samtykkekompetanse**
- Institusjonen skal være godkjent for behandlingen
- Pasienten skal ha mulighet til å få uttale seg før det fattes vedtak
- Vedtaket skal etter en helhetsvurdering være den klart beste løsning for pasienten, med unntak for pasienter som utgjør nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse

I forbindelse med lovendringen er det altså kommet ytterligere ett vilkår som må være oppfylt for at tvungent psykisk helsevern kan etableres - dette er fravær av samtykkekompetanse.

Dette vilkåret må etter lovendringen være oppfylt for å kunne gjøre vedtak om:

- tvungen observasjon (§ 3-2)
- tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)
- tvangsbehandling med legemidler og ved tvangsernæring (§ 4-4)

Ordlyden er den samme i de tre paragrafene: «Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.»

Kravene til tvangsbruk i psykisk helsevern kom med dette mer i samsvar med tvungen somatisk behandling, ettersom tvungen helsehjelp i somatikken også krever at pasienten mangler samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2017, s. 14). Psykisk helsevern ble dermed

mer sidestilt annen helsehjelp, hvor et hovedprinsipp er at pasienten bestemmer selv og gir samtykke til helsehjelpen. Til forskjell fra pasient- og brukerrettighetsloven (1999, kap. 4 A), som sier at man gjør vedtak om tvang når pasienten ikke er samtykkekompetent, og motsetter seg helsehjelpen, sier psykisk helsevernloven at man ved behov for tvang uansett skal fatte tvangsvedtak dersom pasienten ikke er samtykkekompetent (Hellevik, Skui & Valle, 2019).

Lovendringen gjør at samtykkekompetente pasienter kan takke nei til psykisk helsevern. Det betyr også at pasienter som gjenvinner samtykkekompetansen under behandling, kan velge å avslutte den (Helsedirektoratet, 2017, s. 34). Eventuelt kan pasienten velge å fortsette behandlingen frivillig. Selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og helsepersonellet mener det er nødvendig med behandling, er dette nå pasientens rett til å bestemme selv. Det at pasienten igjen vil risikere å bli dårligere, og ny tvangsbehandling bli aktuelt, skal ikke påvirke pasientens selvbestemmelse.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 legges til grunn ved vurderingen av samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2017, s. 14). Det skal en del til for at pasienten mangler samtykkekompetanse. I paragrafen heter det at samtykkekompetansen kan falle bort helt eller delvis dersom pasienten «[...] åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». Dersom det ikke er åpenbart, skal pasienten selv få velge å motta behandling eller ei. Beviskravet er altså høyt (Helsedirektoratet, 2018, s. 67), derfor skal mange med redusert samtykkekompetanse vurderes som samtykkekompetente.

I kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2018, s. 71) fremgår det at det er faglig ansvarlig som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse, jf. § 4-3 tredje ledd. Det skal fortløpende vurderes om vilkårene i loven er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd (Helsedirektoratet, 2018, s. 108). Dersom vilkårene i loven ikke lenger er oppfylt skal tvangstiltaket opphøre straks.

Syse (2018) skriver at det er blitt begrensede muligheter for å vedta tvangsmedisinering. Med lovendringen er observasjonstiden før vedtak endret fra tre til fem dager. Det er også tydeliggjort ved å ha blitt flyttet fra forskrift til lovteksten i § 4-4. Det er også blitt skjerpede krav til den skriftlige begrunnelsen for dette, omtalt i § 4-4 a. Vedtaket skal fattes i samråd med annet kvalifisert helsepersonell, hvis synspunkter skal med. I kommentarer til loven (Helsedirektoratet, 2017) skrives det at dette kan bidra til et bredere grunnlag for vurderingen. Ved vurdering av samtykkekompetansen er det fordel å kjenne til pasienten over tid. Annet helsepersonell kan ha denne kjennskapen, kanskje også fra perioder der pasienten er bedre.

Ifølge Syse (2018, s. 242) hadde de ulike regelendringene til felles at det ble en høyere terskel for å kunne inngripe med tvang, og at det ble økte krav til begrunnelsene for tvang. Han viser til formålsparagrafen og påpeker at et formål med reglene er å «... å forebygge og begrense bruk av tvang.» Syse understreker at man er avhengig av en holdningsendring i fagfeltet for å oppnå en lojal praktisering av reglene. De som gjør vedtak, må nødvendigvis endre sin oppfatning om hvem som bør tvangsinnlegges. Syse hevder *det* kan bli en utfordring, og han peker også på at regelendringene vil ha begrenset effekt dersom flere pasienter vurderes å oppfylle farevilkåret – fordi de da kan innlegges selv om de er samtykkekompetente.

Det kommer frem av forarbeidene til loven (Syse, 2018, s. 240) at pasienter som gjenvinner samtykkekompetansen under behandling, kan nekte videre behandling, selv om gjenvunnet samtykkekompetanse kan tilskrives behandlingen. Syse påpeker at dette vil bety mye for dem som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Helsedirektoratet (2017, s. 13) skriver i sine kommentarer til loven at pasientens nærmeste pårørende, som følge av lovendringen, fikk styrket sin rett til informasjon og medvirkning der pasienten ikke vurderes samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3. Videre (Helsedirektoratet, 2017, s. 22) kommenteres det at det er blitt en høyere terskel for å benytte tvang, og at det vil kunne gjøre det vanskeligere å være pårørende. Derfor er det svært viktig at pårørende blir involvert og får den informasjonen og støtten de har krav på.

2.3 Etikk

Ifølge Magelsen og Pedersen (2017, s. 20) er etikken en systematisk refleksjon over moralen, som er de regler, normer og holdninger som vurderes som rette eller gale, og som er viktige for oss mennesker. Et etisk dilemma, eller en etisk utfordring, er en situasjon der vi er usikre, uenige, eller tviler på hva som er rett eller galt, godt eller ondt. Gjerberg m.fl. (2017, s. 326) beskriver et etisk dilemma som en konflikt mellom ulike verdier eller normer. Man veier ulike hensyn opp mot hverandre, og man må velge mellom løsningsalternativer som gjensidig utelukker hverandre, samtidig som ingen av dem er gode. Ved bruk av tvang oppstår etiske spørsmål (Husum et al., 2017, s. 190). På den ene siden handler det om pasientens rett til å bestemme over eget liv, og samfunnets plikt eller ønske til å hjelpe pasienten på den andre. Som oftest finnes det ikke noe klart svar på etiske problemstillinger.

Motstridende etiske momenter ved bruk av tvang (Husum et al., 2017, s. 191):

Menneske- og pasientrettigheter	Paternalisme
Pasientens autonomi	Ansvar for medmennesker
Frivillighet i utgangspunktet	Omsorg og ivaretagelse
«Ikke skade», legeeden	Sikkerhetstiltak og beskyttelse
Manglende evidens	Hindre skade

2.3.1 Etiske teorier

Det er ulike etiske teorier som redegjør systematisk for hva som er rett og godt, og hva man skal legge vekt på når man handler. Magelsen og Pedersen (2017, s. 23-35) presenterer noen etiske teorier de mener er spesielt egnet for å drøfte etiske dilemmaer i psykisk helsehjelp. Disse er pliktetikk, konsekvensetikk, dydsetikk, naturetikk, “de fire prinsippers etikk”, kasuistisk etikk, profesjonsetikk, omsorgsetikk, nærhetsetikk, feministisk etikk og diskursetikk. De etiske teoriene skal kunne fortelle oss hva vi bør gjøre når vi står overfor et etisk dilemma, og belyse flest mulige sider. Teoriene kan si oss hva som er gyldige eller uholdbare argumenter og begrunnelser. Av plasshensyn kan ikke alle nevnte teorier beskrives nærmere her, men i det videre vies det noe plass til «de fire prinsippers etikk» og profesjonsetikk.

2.3.2 “De fire prinsippers etikk”

«Principles of Biomedical Ethics, av Tom Beauchamp og James Childress, først utgitt i 1979, er ifølge Magelsen og Pedersen (2017, s. 29) kanskje den mest betydningsfulle boken i moderne medisinsk etikk. Forfatterne har laget en ramme for etisk bedømming av ulike handlingsalternativer i helsevesenet. De har fire prinsipper de mener er sentrale i helseetikken. Disse er (Beauchamp & Childress, 2013):

Respekt for pasientens autonomi – Anerkjenne individets rett til selvbestemmelse.

Eksempler på dette er å fortelle pasienten sannheten, beskytte konfidensiell informasjon, innhente pasientens samtykke før behandling, eller hjelpe til ved viktige avgjørelser.

Velgjørenhet – Å handle i pasientens beste interesse. Beskytte og forsvare andres rettigheter. Forhindre at skade skjer andre. Gjøre noe med forhold som kan skade andre. Hjelp personer med funksjonshemninger. Redde personer i fare.

Ikke skade-prinsippet – Å ikke påføre skade, som uttalt i den Hippokratiske ed. Prinsippet om å ikke volde skade støtter opp under mer spesifikke moralske regler som ikke å drepe, ikke frata andre livets goder, ikke forårsake smerte, lidelse, uførhet, eller fornærmelse.

Rettferdighet – Vektlegging av rettferdighet og likhet mellom enkeltpersoner. Rettferdig fordeling av ressurser. Beauchamp og Childress undersøker ulike tilnærminger til rettferdighet – seks ulike rettferdighetstilnærminger i sin bok. De fremholder at ingen enkelt teori, eller måte å fordele helsetjenester på, er tilstrekkelig for en konstruktiv refleksjon over helsepolitikk. De skriver at alle teoriene har det formelle rettferdighetsprinsippet til felles, tradisjonelt tilskrevet Aristoteles: Like tilfeller må behandles likt, og ulike skal behandles ulikt. Bruken av generelle etiske teorier medfører begrensninger. De foreslår derfor at retten til helse må anerkjennes globalt, og at dette skal medføre rett til et minimum av helsetjenester – i et rammeverk for tildeling som innlemmer utilitaristiske og egalitære standarder.

Valget av disse prinsippene begrunnes med at de er forankret i allmenn etikk og at de fremmer gode liv (Magelsen & Pedersen, 2017, s. 29). I konkrete etiske spørsmål er det meningen at disse prinsippene spesifiseres - eksempelvis ved at respekt for autonomi spesifiseres til et prinsipp om at pasienter uten samtykkekompetanse ikke bør ha selvbestemmelse i spørsmål som har stor konsekvens for deres helse. Prinsippene er ikke absolutte, og et prinsipp kan oppfattes som viktigere i én sak enn i en annen. Man vurderer prinsippene opp mot hverandre, og begrunner hvorfor det ene bør veie tyngre enn det andre. Magelsen og Pedersen påpeker at balansering av prinsipper, og det å nøye angi dem, kan være utfordrende. De understreker også at man lett kan glemme andre prinsipper som tillit, omsorg og solidaritet. Den prinsippbaserte etikken er inspirert av nytteetikk, pliktetikk og profesjonsetikk (NOU 2011:9, s. 138). Etikken er ikke spesielt utviklet for å vurdere bruk av tvang, men for alle etiske spørsmål som oppstår i helsetjenesten.

Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 138) hevder at velgjørenhet og respekt for pasientens autonomi er de prinsippene som oftest vurderes opp mot hverandre, når man diskuterer bruk av tvang. De skriver at man de siste tiårene har sett at pasienten har fått større rett til selvbestemmelse og informasjon, og at idealer som velgjørenhet, paternalisme og beskyttelse vektlegges i mindre grad.

2.3.3 Profesjonsetikk

Profesjonsetikk (Magelsen & Pedersen, 2017, s. 31-32) har som viktigste fellesnevner at den skal fremme profesjonens formål i samfunnet. Den skal vise at den tar sitt oppdrag på alvor og er tilliten verdig. Profesjonsetikken er normer, dyder og etiske prinsipper som profesjonen skal holde seg til. De er ofte inspirert av erfaringer fra praksis, og forskjellige etiske teorier. Magelsen og Pedersen hevder profesjonsetikken kan hjelpe oss mye i etiske dilemmaer, men at den ofte kan bli uspesifikk. De påpeker også at norsk profesjonsetikk, historisk sett, ikke har stått i bresjen for pasientautonomi, pårørendearbeid, rettferdig fordeling av helsetjenester, eller regulering av sitt forhold til legemiddelindustrien.

Videre følger noen utdrag fra henholdsvis Fellesorganisasjonens, Norsk Sykepleierforbunds og Legeforeningens yrkesetiske dokumenter om blant annet respekt for pasientens integritet:

Fellesorganisasjonen (2015)

Under «Respekt for den enkeltes integritet»:

«Respekten for enkeltindividets verdier og ønske om kontroll over eget liv er grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid. Gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal yrkesutøveren bidra til å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger. Yrkesutøverne har særlig ansvar for å skille mellom ulike preferanser og levemåter som må anerkjennes, og atferd og handlinger som bryter med fundamentale menneskerettigheter og lovreguleringer.»

Den norske legeforening (2015)

Under alminnelige bestemmelser §§ 1 og 2:

«En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.»

«Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på

gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke. Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten.»

Norsk Sykepleierforbund (2019)

Punkt 1:

«Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.»

Punkt 1.3:

«Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.»

Punkt 2:

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.»

Punkt 2.8:

«Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.»

2.3.4 Tvang, etikk og jus

Magelsen og Pedersen (2017, s. 22) skriver at lover i sin natur er og må være generelle, selv om virkeligheten er kompleks. Ideelt sett er lovverket et samlet system av «... sunn og allment akseptert moral», men i praksis oppstår det ofte situasjoner som loven ikke har tatt høyde for. Av den grunn bruker lovgiver noen ganger runde formuleringer, for å kunne gi definisjonsmakt til profesjonsutøverne. Innholdet bestemmes da av normer utenfor loven, eksempelvis anerkjent fagkunnskap – som også endrer seg over tid. Magelsen og Pedersen

påpeker at man derfor ikke kommer utenom at helsepersonell må bruke sitt eget faglige og moralske skjønn. De skriver også at helsepersonell i prinsippet bør være åpne for å utfordre loven. Det å følge loven gir ikke nødvendigvis det beste resultatet for pasienten. Det som er tillatt, er ikke nødvendigvis riktig og godt. Og noe kan fremstå det rette valget, til tross for at det er ulovlig. Dette eksemplifiseres med en at suicidal pasient i noen tilfeller legges inn på tvang, selv om hovedvilkåret i loven om alvorlig psykisk lidelse ikke er oppfylt.

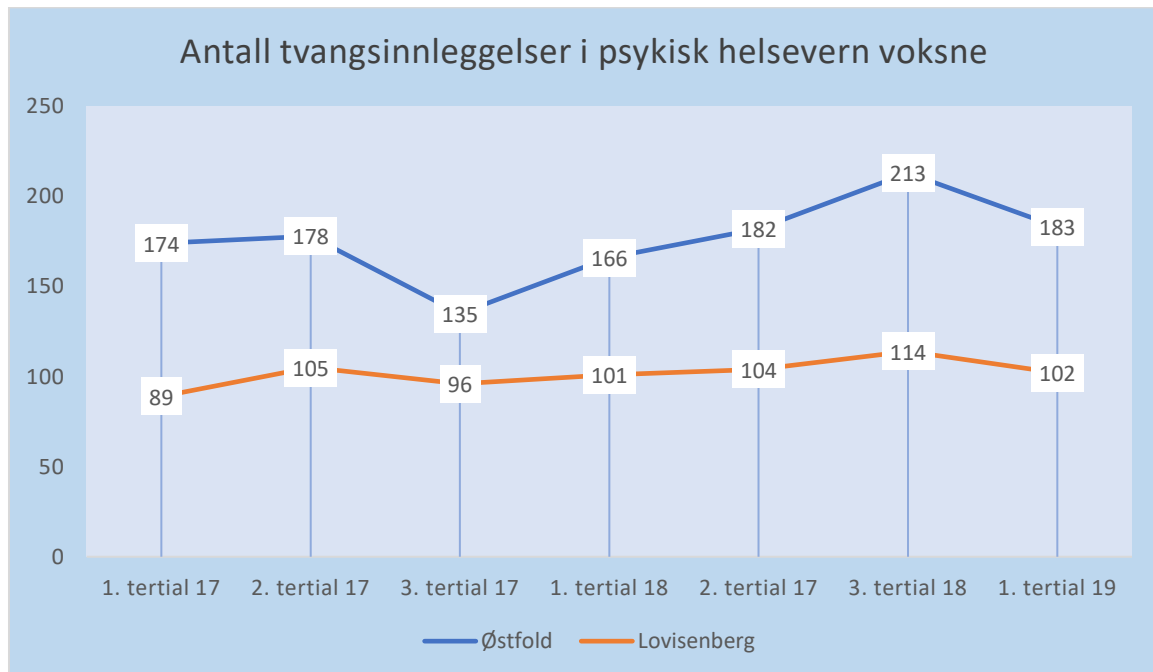
En grunn til at bruken av tvang og tvangsbehandling er omstridt, er at de positive effektene av dette er usikre. Husum et al. (2017) viser til en studie med data fra 11 land i Europa. 46 til 86 prosent av pasientene sier etter innleggelse at de synes det var riktig med tvangen de ble utsatt for. Tre måneder etter tvangsinnleggelse svarer i gjennomsnitt 63 prosent av pasientene at tvangen overfor dem var riktig. Helsehjelp skal imidlertid være kunnskapsbasert, og derfor hevder Husum m.fl. det er en etisk utfordring at det foreløpig ikke finnes noen forskning som viser at tvang totalt sett er positivt ved behandling av psykiske lidelser. Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 117) hevder det ikke er vitenskapelige holdepunkter for at en tvangsinnleggelse virker negativt på behandlingseffekten. På den andre siden finner de heller ikke holdepunkter for at behandlingsresultatet blir bedre med tvang enn frivillighet. Utvalget finner også at man ikke har sikker kunnskap om effekten av tvang uten døgnopphold. Stensrud et al. (2015) finner i sin kvalitative studie at pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern, uten døgnopphold (TUD), føler livet deres settes på vent. Følelsen av å bli sett på kun som en pasient hindret dem i å ta ansvar for sitt eget liv.

Brun m.fl. (2017) finner det samme når det gjelder tvangsbehandling med medisiner. I deres litteraturgjennomgang er et hovedfunn at det er forholdsvis lite forskning på tvangsmedisinering. Man finner at det er stor variasjon i hvordan pasienter og behandlere opplever effekten av medisineren, og praksis ser ut til å være basert på studier av medisin brukt frivillig. Det hevdes at dagens praksis kan være etisk problematisk, fordi man legitimerer denne ut fra studier med andre rammebetingelser. Det konkluderes med at man trenger mer forskning på effekten av tvangsmedisinering. Flertallet av Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 142) legger til grunn at antipsykotisk medisin har en positiv og betydningsfull effekt i behandlingen ved alvorlige psykiske lidelser, samtidig som de anerkjenner at det er mye kritikk av medisinenes langtidseffekter. Utvalget foreslår derfor å styrke pasientens rett til å slippe langvarig medisinering.

2.4 Statistikk fra før og etter lovendring

Statistikk for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sykehuset Østfold, ettersom deltagerne i studien jobbet ved disse. Statistikk fra Helsedirektoratet (2019):

Figur 1



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Under presenteres en tabell med data basert på statistikk jeg har fått tilgang til ved klinikk for psykisk helsevern på Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt innbyggertall oppgitt hos Statistisk Sentralbyrå (2019). Diakonhjemmet sykehus har noen senger ved klinikk for psykisk helsevern på Lovisenberg, men pasienter fra Diakonhjemmet sektor er ikke med her. Tallene for 2019 er estimerte med utgangspunkt gjennomsnittet for perioden januar – juni 2019.

Figur 2

Lovisenberg	2015	2016	2017	2018	2019
Antall vedtak etter phvl. §3-2/3-3	215	239	234	256	254
Andel innleggelser på tvang i %	25,82	27,85	24,77	26,35	25,54
Tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere over 18 år	1,77	1,91	1,83	1,96	1,90
Innbyggere over 18 år i Lovisenberg sektor per 1. januar	121.218	124.933	127.786	130.253	133.693

Pignatiello, overlege i psykiatri ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (2018), presenterte 23. oktober 2018 noen av sine erfaringer med vurdering av samtykkekompetanse på samling ved Holmen fjordhotell, i regi av Akuttnettverket. Hennes overordnede erfaring er at det nå er satt en tydeligere grense for når man kan ty til tvang. Det er blitt mer fokus på pasientens selvbestemmelse. Hun sier imidlertid det er mye rom for skjønn. Hun stiller spørsmål ved om samtykkekompetanse er et noe vagt begrep, og spør seg om det kan være vanskelig å kommunisere dette til pasienten og pårørende. Implementeringen av lovendringen måtte skje over kort tid, og alt personale trengte opplæring, ikke bare spesialistene. Hun erfarer at førstelinjen bør få mer opplæring i vurdering av samtykkekompetanse.

Pignatiello (2018) mener vurderingen av samtykkekompetanse på avdelingen ofte er en grei vurdering. Pasienten er gjerne i en akutt fase, og det er ofte høyt symptomtrykk og manglende sykdomsinnsikt. Hun sier det er viktig med en god klinisk vurdering, og at intervjuer som ACE gjerne er mindre egnet i akuttfasen, mens FARV er nyttig (se omtalt i pkt. 2.1.3). Når det gjelder maniske pasienter sier Pignatiello at deres samtykkekompetanse kan være krevende å vurdere. De kan fungere greit kognitivt til tross for alvorlig mani. De kan gjerne

evne å samle seg, dekke over symptomer og fremstå friskere enn det de er. Pasienten kan godta en innleggelse, men ombestemme seg raskt igjen. Hun hevder man har mottatt få retningslinjer med tanke på hvordan dette skal gjøres, og etterlyser et eget avsnitt i veileder om samtykkekompetansevurdering - spesielt om samtykkekompetanse hos maniske pasienter.

Mange av pasientene med bipolar lidelse har familie, omsorg for barn, og er i jobb eller studier. De kan ha mye å tape med tanke på relasjoner, økonomi og jobb. Pignatiello (2018) peker på noen mulige konsekvenser av lovendringen, spesielt for maniske pasienter:

- Terskel er lagt høyt for innleggelse, de er dårligere når de blir lagt inn
- Risiko for at de blir skrevet ut før de er tilstrekkelig behandlet
- Økt risiko for at de kan utsette seg eller andre for fare (ukritisk bilkjøring, virre forvirret rundt i trafikken, hoppe fra høyde på bakgrunn av megalomane forestillinger, voldsepisoder)
- Økt tendens til reinnleggelser, økt sykelighet og funksjonssvikt
- Konsekvenser for jobb, økonomi, familie og relasjoner

Pignatiello (2018) sier det er blitt økt fokus på farevilkåret. Det må tas stilling til ved en innleggelse, og pasienten skal paragrafvurderes innen 24 timer, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 a. Det er krav til grundig dokumentasjon, men ofte er det begrenset og sprikende informasjon, eventuelt lange og uhandterlige journaler, samt mangelfulle journalsystemer. Hun kommenterer at man på Lovisenberg har sett en liten reduksjon i bruk av farevilkåret etter lovendringen. Pignatiello sier det generelt tar for lang tid å få utdypende informasjon om voldshistorikk fra politiet. Ettersom det er høyt press på klinikkens senger, og kort liggetid, anbefaler hun å innhente opplysninger om voldshistorikk fra politiet tidlig, og før en eventuell klagesak, ved forhøyet voldsrisiko. Pignatiello sier at vurderingen av farevilkåret varierer fra spesialist til spesialist, og fra kontrollkommisjon til kontrollkommisjon. Det er derfor uklart hvor terskelen ligger.

Pignatiello (2018) kommenterer at det ikke er noen endringer i totalt antall TPH-innleggelser, men at det har vært noe reduksjon av etablering av tvungen observasjon (§ 3-2), og tilsvarende økning i etablering TPH (§ 3-3). Hun sier også det har vært økning til tvungen vern uten døgnopphold (TUD), samt en liten økning i bruk av konvertering. Konvertering vil si å endre innleggelsen fra frivillig til tvungen, hvilket i utgangspunktet ikke er lovlig, jf. psykisk helsevernloven § 3-4.

Innleggelser og reinnleggelser ved klinikk for psykisk helsevern på Lovisenberg, ifølge analyse- og kvalitetssjef Holman (2018), gjengitt av Pignatiello (2018) er presentert i tabell under. Antall reinnleggelser er som før med ni prosent. Halvparten av disse skjer innen seks måneder.

Figur 3

Lovisenberg	2016-09	2017-09	2018-09
Innleggelser	100 %	102 %	104 %
Reinnleggelser (RI)	8 %	9 %	9 %
Ny innleggelse <30 dager	25 %	26 %	25 %
Ny innleggelse < 90 dager	37 %	38 %	40 %
Ny innleggelse < 180 dager	47 %	47 %	48 %

Lovisenberg DPS

Jacob (2019) går i 2017 gjennom journalene til de pasientene som var underlagt tvangsbehandling uten døgn (TUD) ved Lovisenberg DPS. Behandlerne avslutter 80 prosent av tvangsvedtakene i 2017. Alle pasientene som tidligere var underlagt tvang, er i frivillig behandling sommeren 2018. I løpet av en ettårsperiode finner man at antall tvangsbehandlede pasienter reduseres med 35-50 prosent.

I januar 2017 har man 104 pasienter på TUD ved Lovisenberg DPS. Desember samme år er antallet 53. Pasienter som var overført til eksterne institusjoner eller registrert som avdød, ble ekskludert fra studien. Man ekskluderer med dette syv pasienter og sitter igjen med 44

pasienter underlagt TUD. Når man sammenligner samme pasientgruppe i mai 2018 med januar 2017, finner man en nedgang på 36 prosent i antall pasienter underlagt TUD. Jacob kommenterer at lovendringen kan ha ført til en endret holdning hos behandlerne om når det er absolutt nødvendig med tvang. Han legger til at Lovisenberg DPS har videreutviklet, og gjort mer bruk av ambulante tilbud som møter pasienten der de er, samt hatt et godt samarbeid med førstelinjetjenestene.

Jacob nevner at Lovisenberg DPS også har tilgang til flere andre tilbud, som lokalt akutteam, Sosial ambulant akuttjeneste på Oslo kommunale legevakt, samt Psykiatrisk legevakt. Han viser til at sistnevnte har jobbet systematisk med å redusere unødvendig tvang de siste ti årene, og at man har sett en nedgang i antall tvangsinnleggelses med over 50 prosent. Han finner ikke annen tilgjengelig statistikk, hvor det er mulig å sammenligne med andre DPS i storbyer. Jacob mener det vekker oppsikt at de samme pasientene, som vurderes å være i behov av tvungen behandling noen måneder tidligere, nå har frivillig kontakt med behandlingstilbudet. Til tross for lovende tall, bemerker han at dette er en foreløpig status, og at det er usikkert hvordan det vil utvikle seg videre. Han legger likevel til at det ser ut til å være en tydelig sammenheng mellom lovendringen og nedgangen i bruk av tvang på Lovisenberg DPS, selv om andre forhold som fagutvikling, holdningsendringer, samarbeidspartnere og pragmatisk pasienttilnærming kan ha betydd mye.

Sykehuset Østfold

Bjerke, Gjelstad og Ruud (2019) presenterer i Tidsskrift for Den norske legeforening tvangsinnleggesdata fra en tre måneder lang periode i 2017, 1. september – 30. november, og sammenligner tallene med samme periode i 2010. Dataene er fra Sykehuset Østfold, se fremstilling nedenfor. Andel tvangsinnleggelses (27 prosent) av totalt antall akuttinnleggelses er nærmest den samme, mens tvangsinnleggesraten merkbart går ned til 1,66 per 1000 voksne innbyggere. De påpeker at dette er et statistisk signifikant funn. Når det gjelder Helsetilsynets kvalitetsindikator på tvangsinnleggelses i psykisk helsevern mener forfatterne at den bør være rate av befolkning, fremfor andel av innlagte, ettersom det gir et mer riktig bilde.

Figur 4

Østfold	2010	2017	P-verdi
Antall akuttinnleggelser ila. tre måneder	474	359	<0,001
Frivillige innleggelser, antall (%)	349 (74)	257 (72)	0,707
Tvangsinnleggelser, antall (%)	120 (25)	97 (27)	
Ukjent, antall (%)	5 (1)	5 (1)	
Befolkning, antall	213.949	234.133	
Estimerte rater: ↓			
Akuttinnleggelser per 1000 innbyggere over 18 år	8,9	6,1	<0,001
Tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere over 18 år	2,2	1,7	<0,001

3 Metode

I dette kapitlet følger redegjørelse og argumenter for valg av fremgangsmåte i studien. For å besvare problemstillingen best mulig har jeg valgt kvalitativ metode, og jeg vil si noe om dette. Studiens mål er å få økt innsikt i deltagerens erfaringer. Da egner det seg ikke med andre metoder enn den kvalitative. Deretter følger redegjørelse for det kvalitative forskningsintervjuet, analysemetoden «systematisk tekstkondensering», personvern og etiske betraktninger, samt mitt litteratursøk.

3.1 Metodevalg – kvalitativ metode

Kvalitative metoder egner seg for å beskrive sosiale fenomener, og oppnå økt forståelse. Metodene er egnet for å oppnå kunnskap om «menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger» (Malterud, 2017, s. 31). Det er ulike måter å analysere kvalitative data på. I hovedsak er dette data i form av tekst. Tekst lar seg vanskelig måle eller lage statistikk ut fra (Jacobsen, 2010), men fremfor å måle omfang er det innhold og mening man er ute etter. Typisk får man mye informasjon fra få enheter - man går i dybden. I kvalitativ metode definerer ikke forskeren svaralternativene. Man kan derfor få informasjon man ikke kjenner fra før av, og slik få grunnlag til utvikling av nye hypoteser. En kvalitativ studie kan være et godt utgangspunkt for en senere kvantitativ studie, særlig dersom det er et ukjent felt. Man kan få ny kunnskap, og dermed etterspørre og innhente mer relevante kvantitative data senere.

Kvalitativ metode har bakgrunn i vitenskapsteoretiske og filosofiske retninger som hermeneutikken (læren om fortolkning av tekster, omtalt i pkt. 3.2.1), i fenomenologien (menneskets subjektive erfaring), og sosialkonstruktivismen (sosiale fenomener som produkt av menneskelig samhandling) (Malterud, 2017, s. 26-30). Malterud (2017, s. 29) mener det er misvisende å omtale kvalitative metoder som for eksempel hermeneutiske eller fenomenologiske, uten at dette er «tydelig og eksplisitt filosofisk forankret». Jeg har ikke til hensikt å gjøre det i denne oppgaven, men jeg vil kort presentere hermeneutikk. Malterud (2017, s. 29) skriver at alle de kvalitative metodene «[...] inneholder elementer av teksttolkning, bevegelse mellom del og helhet, forståelse av menneskelige erfaringer i lys av deres livsbetingelser, samt mangfoldige og samfunnskapt subjektiviteter». Videre hevder hun at ingen av de filosofiske retningene eier disse egenskapene noe mer enn andre. Malterud viser til at mange kvalitative studier innen medisin og helsefag ikke tilkjenner noen

kvalitativ metodetradisjon, eksempelvis fenomenologi, selv om det fortolkende paradigmet er et premiss. Disse studiene kalles da pragmatiske (Malterud, 2017, s. 37-38), og begrepet viser til anvendbarhet, praksis og konsekvens. Empiriske data fra semistrukturerte intervjuer eller fokusgrupper danner ofte grunnlaget for en tverrgående analyse i pragmatiske studier.

Når man skal gjennomføre en kvalitativ studie er det ulike tradisjoner å velge mellom, og det er ingen enighet om hva som er det beste designet (Johannessen, Christoffersen & Tuftes, 2016). Kvalitativ metode kan gjøres på flere måter, og den kjennetegnes av flere analytiske retninger. Når man velger en av disse innebærer det for eksempel at man velger hvordan data samles inn, og hvordan man analyserer dataene. Hva man gjør på et trinn i prosessen danner utgangspunkt for hva som er mulig å gjøre videre. Ettersom kvalitativ forskning kan gjøres på mange måter er det viktig med transparens eller intersubjektivitet, altså at forskeren beskriver fremgangsmåten i arbeidet sitt. Ved å velge en etablert plan, også kalt design, blir dette lettere. Malterud (2017, s. 18) skriver at man ikke kan sjekke vitenskapelighet med enkle prosedyrer, og at forskeren derfor bør gjøre leseren til «[...] en informert ledsager, som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under.» Det man skriver bør være etterprøvbart. Flertallet av kvalitative studier innen medisin og helsefag analyseres tverrgående (Malterud, 2017, s. 94). Til forskjell fra en langsgående analyse, der man følger ett eller flere forløp over tid, oppsummerer en tverrgående analyse informasjon fra flere deltagere.

3.2 Hermeneutikk og forforståelse

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap (Dalland, 2012, s. 174-212), og fokuserer på forståelse og fortolkning. For å forstå er forforståelsen betydningsfull. Thurén et al. (2009, s. 104-113) skriver at hermeneutikk handler om å forstå, og ikke bare begripe intellektuelt. Vi kan for eksempel forstå mennesker fordi vi selv er mennesker og kan sette oss inn i hvordan andre tenker og føler. Utover empiri og logikk som kunnskapskilde, bygger hermeneutikk også på innlevelse. Utover å kunne forklare ønsker hermeneutikeren også å forstå. Thurén et al. (2009, s. 113) sier at “hermeneutisk tolkning er viktig når det handler om å forstå mennesker, menneskers handlinger og resultatet av menneskelige handlinger”. Tolkning påvirkes av egne vurderinger, forforståelsen og konteksten man står i. Tolkningen er derfor sjelden intersubjektivt testbar, det er vanskelig å kontrollere om andre har tolket riktig. Dalland (2012, s. 192) skriver at det ved tolkning av tekst legges vekt på forholdet mellom del og helhet. Dette kalles også den hermeneutiske sirkel, og er en metodisk modell for forståelse.

Man veksler mellom å se på del og helhet, og utvikler ny forståelse. Helheten skjønnes ut fra delene, og delene ut fra helheten. Dalland (2012, s. 210) sier det er viktig å være bevisst på hvilken forforståelse man har, og han anbefaler at refleksjon over egen forforståelse presenteres før analyse og tolkning av datamaterialet. Forforståelsen er ofte ubevisst, og vi sosialiseres inn i en måte å se verden på allerede som barn. Om forforståelsen er riktig kalles den for forkunnskap, mens vi snakker om fordom dersom den er feilaktig (Thurén et al., 2009). Derfor er det viktig å reflektere over hvilke briller og forestillinger man møter oppgaven med (Aadland, 2011). Forforståelsen påvirker hvordan vi innhenter data, og hvordan vi tolker dem (Malterud, 2017). Forforståelsen kan være en viktig del av motivasjonen til å sette i gang med en studie, men den kan også bli en begrensning i form av skylapper og mindre horisont. Dersom det man skal undersøke beskrives på samme måte, før og etter en studie, så kan det tyde på at det er en dårlig kvalitativ studie. I beste fall har forskeren stor forkunnskap. Hvis ikke formålet var å styrke eller bekrefte egne hypoteser, er det betimelig å spørre seg om studien var bortkastede ressurser.

Jeg har skrevet om min egen forforståelse i pkt. 1.6.

3.3 Det kvalitative forskningsintervjuet

Kvalitative forskningsintervjuer egner seg når man ønsker å undersøke meninger, holdninger og erfaringer (Johannessen et al., 2016, s. 145). Jeg valgte å bruke kvalitative intervjuer, semistrukturert type, som metode for innhenting av data i denne studien. Semistrukturerte intervju er ifølge Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015, s. 357) «en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens hverdagsliv med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet.» Johannessen et al. (2016, s. 149) skriver at det semistrukturerte intervjuet har en intervjuguide som utgangspunkt, men at spørsmålene, temaer og rekkefølge kan variere. Spørsmålene er som regel åpne - det er altså ikke laget svaralternativer på forhånd. Se vedlegg 1 for min intervjuguide. Hovedspørsmål var:

- hvilke positive/negative erfaringer deltageren hadde med lovendringen?
- praksis nå i forhold til tidligere?
- utfordringer/muligheter som følge av lovendring?

Kvale et al. (2015, s. 42). sier at man i det kvalitative forskningsintervjuet skal prøve å forstå verden fra intervjuobjektets side. En fordel med denne fremgangsmåten er at intervjuet kan fortone seg mer som en naturlig samtale, i stedet for spørsmål og svar.

Malterud (2017, s. 70) oppfordrer til at man som intervjuer forsøker å få deltageren til å dele sine erfaringer i form av eksempler, og mener dette gir den rikeste kunnskapen. Man skal stille med et åpent sinn som intervjuer, men passe på lede intervjuet slik at man får relevant informasjon til sin problemstilling. Dette var noe jeg tilstrebet.

Mellom intervjuer og deltageren er det et samspill der kunnskapen blir til (Malterud, 2017, s. 69). Den er ikke noe man bare finner, graver frem eller får, men som aktivt blir til gjennom spørsmål og svar. Videre blir kunnskapen til gjennom transkripsjon, analyse, og til slutt rapporteringen av de opprinnelige intervjuet (Kvale et al., 2015, s. 77). Den rapporterte kunnskapen farges av fremgangsmåten i analysearbeidet.

3.3.1 Rekruttering og valg av deltagere

For studien har jeg gjort et strategisk utvalg av deltagere. Det vil si at utvalget er gjort slik at datamaterialet jeg ender opp med i størst mulig grad besvarer problemstillingen.

Malterud (2017, s. 58-64) skriver at de beste dataene er dem som representerer motsigelser og paradokser. Raske slutninger er vanskeligere å trekke når man får frem flere sider av saken, og dette øker studiens pålitelighet. Størrelsen på utvalget må være så stort at vi får tilstrekkelig med data til å besvare problemstillingen. I kvalitative studier er målet å få mer informasjon ut av færre deltagere. Intervjuenes kvalitet, eller informasjonsstyrken, er derfor avgjørende for hvor mange deltagere man trenger. Noen forskere mener at man bør intervjuer frem til man ikke får noen ny informasjon lenger - også omtalt som å nå et metningspunkt (Johannessen et al., 2016, s. 114). Det kan være tid- og ressurskrevende, og ikke alltid mulig. Kvale et al. (2015, s. 148) skriver at det er vanlig i intervjuundersøkelser med antall på rundt 15 +/- 10, og at dette kommer an på ressurser og god informasjon man får fra deltagerne. De legger til at det kan være en fordel å fokusere på færre deltagere, og heller gjøre en mer grundig analyse. Jeg har valgt dette.

Det er gjort en hensiktsmessig utvelgelse av deltagere basert på noen kriterier (Johannessen et al., 2016, s. 120). Imidlertid er det ikke alltid slik at man kan velge og vrake i deltagere, og det har vært intervjuer eller mulige deltagere som ikke er blitt noe av. Planen var å gjennomføre seks til åtte intervjuer. Jeg hadde følgende kriterier som ideal: Deltagerne skulle

være ansatte i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), representert ved både poliklinisk virksomhet ved DPS og døgnavdelinger på sykehus. De skulle jobbe med pasienter i aldersgruppen 18-65 år (voksenpsykiatrien). Et mål var at halvparten av deltagerne skulle skrive vedtak om tvungent psykisk helsevern i sin jobb, med vekt på spesialister - altså overleger/psykiatere og psykologspesialister. Det var også ønskelig at to sykehus var representert.

Psykisk helsearbeid og psykisk helsevern er og skal være tverrfaglig. Personale og yrkesgrupper som ikke har myndighet til å skrive eller gjøre vedtak vil også kunne ha erfaringer som er interessant å få med - eksempelvis sykepleiere, sosionomer og vernepleiere. Etter lovendringen er det dessuten blitt et krav om at vurderinger av samtykkekompetanse drøftes med annet helsepersonell. Et absolutt krav var at deltagerne skulle ha erfaring med fagfeltet før og etter implementering av lovendringen. Dette for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag. Jeg hadde et ønske om at begge kjønn skulle være noenlunde likt representert. Videre la jeg vekt på at noen av deltagerne skulle ha jobbet noen år, mens andre var nyere i bransjen.

Jeg endte opp med syv deltagere. To av disse var spesialsykepleiere, tre leger i spesialisering, og to overleger. Dette var fire menn og tre kvinner, mellom 30 og 60 år gamle. Deltagerne var ansatt i psykisk helsevern ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sykehuset Østfold, og hadde i utgangspunktet pasienter i aldersgruppen 18-65 år. Deltagerne representerte både døgnbehandling på sykehus og poliklinisk ved DPS. Erfaring innen psykisk helsevern spente fra 2-15 år. Rekrutteringen gjorde jeg ved å ta kontakt personlig, eller ved SMS eller e-post. Etter å ha gjennomført intervjuer ble jeg også satt i kontakt med aktuelle kandidater. Om lag halvparten takket nei til deltagelse, eller svarte ikke på henvendelsen. To intervjuer ble ikke noe av på grunn av sykdom og mangel på tid.

3.3.2 Gjennomføringen av intervjuer

Tips til hvordan utforme intervjuguide og gode spørsmål fant jeg hos Malterud (2017, s. 133-135), Johannessen et al. (2016, s. 149-153) og Kvale et al. (2015, s. 165-171). På høgskolen fikk jeg tilbakemeldinger på intervjuguiden fra lærere og medstudenter ved fremlegg. Før intervjuene gjorde jeg et prøveintervju med en kollega. Dette for å oppleve intervjusituasjonen i praksis, og ikke minst for å se hvordan intervjuguiden og spørsmål fungerte. Senere, i perioden oktober – desember 2018, gjorde jeg syv intervjuer. Det ble gjort lydopptak av disse. Det korteste intervjuet varte om lag 25 minutter, mens det lengste var på 50 minutter. Alle

deltagerne fikk innledningsvis et informasjonsskriv, og signerte også en samtykkeerklæring vedrørende sin deltagelse, se vedlegg 2. Selve intervjusituasjonen var ønskelig å ha på steder hvor man kunne sitte mest mulig uforstyrret. I praksis ble dette på kontor eller møterom på deltagerens arbeidsplass, eller i deres private hjem.

3.3.3 Transkribering

Ifølge Malterud (2017, s. 77) innebærer kvalitativ analyse alltid teksttolkning, uansett analysemetode. Transkripsjon skal være lojal overfor det opprinnelige. Deltagerens meninger og erfaringer skal komme med så godt som mulig. Man skal være forsiktig med å tolke hvis lyden for eksempel er uklar. Kvale et al. (2015, s. 204-214) påpeker at det ikke er noen fasit for hvordan man skal transkribere, og at det vil avhenge av hva transkripsjonen skal brukes til. Transkripsjon er en oversettelse av talt språk til skriftspråk. Man bør være bevisst på at talt språk og skrevne tekster er forskjellige språklige uttrykk. Et muntlig uttrykk kan for eksempel virke usammenhengende, når det transkriberes direkte, mens en velformulert tekst kan høres kjedelig ut når den leses høyt. I oversettelsen er det en del språklig informasjon som kan gå tapt, spesielt den nonverbale. Eksempelvis er også ironi vanskelig å gjengi i tekst. Ved publisering av transkripsjon bør man være oppmerksom på at den kan inneholde mange gjentakelser, og kanskje noen usammenhengende setninger. Dette kan føre til at deltageren føler seg latterliggjort. Malterud (2017, s. 78) mener derfor man gjør rett i å redigere transkripsjonens tekst forsiktig, for å unngå dette.

Jeg brukte lydopptaker i intervjusituasjonen og transkriberte senere lydfilet til tekst. Det ble vektlagt å transkribere ordrett, og ellers få med alle «eh»-er, pauser, fyllord, latter, identifisere ironi, sarkasme og lignende. Etter transkripsjonen satt jeg igjen med 66 sider tekst med enkel linjeavstand.

3.4 Analysestrategi – Systematisk tekstkondensering

De transkriberte intervjuene danner grunnlaget for videre analyse. I analysearbeidet har jeg brukt systematisk tekstkondensering (STK), utviklet av Kirsti Malterud. Malterud (2012; 2017, s. 97) omtaler metoden som pragmatisk, og det er en tverrgående analyse av kvalitative data. Den bekjenner seg ikke til noen vitenskapelig filosofi. Imidlertid angir hun Giorgis fenomenologiske metode som en viktig inspirasjon. Malterud utviklet metoden som veileder for nybegynnere innen kvalitativ metode. Den ble utviklet slik at man kan gjøre kvalitativ

analyse systematisk, og på en overkommelig måte. Man skal ikke trenge å ha kunnskap om vitenskapsfilosofi, eller tradisjoner innenfor kvalitativ metode, utover det grunnleggende.

STK deler fenomenologiens oppfatning om at vi får gyldig kunnskap fra deltagerens hverdagsliv (Malterud, 2017, s. 116). Likevel er hverdagslivet ikke et grunnleggende analyseperspektiv. I første trinn av analysen prøver man å sette egne erfaringer til side for å ikke overdøve deltakerens stemme. I STK er holdningen likevel at det er viktig å erkjenne hva forskerens ståsted har å si for den situerte kunnskapen. Videre hevder Malterud det verken er ønskelig eller mulig, å opprettholde en analytisk distanse gjennom sin studie. Holdningen er at et fenomen kan fremstå i ulike versjoner avhengig av perspektivet. Et annet fellestrekk mellom STK og fenomenologi er at man i analysen har som mål å beskrive fenomenet mest relevante sider så nøyaktig som mulig, også forholdet til andre fenomener. Metoden er opptatt av hvilken sammenheng subjektiviteten står i.

Når man analyserer kvalitative data medfører det som regel en dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2017, s. 85). Det vil si at man først løfter ut deler av datamaterialet og ser på det sammen med andre lignende deler. Deretter forsikrer man seg om at informasjonen man har løftet ut, og satt inn i en ny sammenheng, fortsatt har en «[...] forsvarlig referanse til sammenhengen de kommer fra». Malterud anbefaler at man gjennomfører analysen sammen med en annen forsker, for å få øye på flere detaljer og se nyanser. I denne studien var jeg heldig å få samarbeide med veileder fra høyskolen om analysens trinn 2 (nærmere beskrevet nedenfor). Malterud (2017, s. 100) anbefaler dette. Ikke fordi man skal oppnå enighet mellom flere, men for å frem flere nyanser i materialet.

Ifølge Malterud (2017, s. 115) bør man velge en annen metode dersom man ønsker å modifisere eller utelukke elementer man ikke liker. Hun er opptatt av at leseren skal kunne forutsette at man har fulgt metodens fremgangsmåte helt og holdent, især når det refereres til STK. Malterud skriver at fremgangsmåten i analysen skal presenteres eksplisitt, slik at intersubjektiviteten ivaretas. Videre gjengis derfor en sammenfatning av analysens fire trinn:

- 1. Få helhetsinntrykk og sammenfatte meningsinnhold (fra villnis til foreløpige temaer)*

Transkribere intervjuene. Bli kjent med datamaterialet, lese gjennom alt transkribert materiale, få et helhetsinntrykk. Lete etter interessante og sentrale temaer. Finne 4-8 foreløpige temaer. Fjerne mest mulig irrelevant informasjon. Fortette den informasjonen som er sentral. Foreløpige temaer er ikke resultater eller kategorier.

2. Finne koder, kategorier og begreper (fra foreløpige temaer til koder og sortering)

Finne tre til fem reviderte foreløpige temaer som er relevante for problemstillingen. Dette gir grunnlag for å danne kodegrupper i dette analysetrinnet. Deretter finne de meningsbærende enhetene i materialet og kode disse. Det vil si å finne tekstelementer som gir kunnskap og informasjon, og gi disse kodeord som angir hva slags informasjon man får - prosessen kalles koding. Det er altså å sette merkelapper eller navn på deler av teksten, det være seg ord, setninger, avsnitt, eller lengre deler av teksten.

3. Kondensering (fra kode til abstrahert meningsinnhold)

Kondensering tar utgangspunkt i kodingen. Formålet med kondensering er å sammenfatte meningsinnholdet som ligger i en kode man har funnet frem til. Hensikten er å sitte igjen med et redusert materiale. I dette arbeidet ser man om koder kan slås sammen eller deles opp, avhengig av hvor mye materiale de inneholder. Deretter finner man to – tre subgrupper innenfor koden som man sorterer materialet i. Videre lager man et kondensat (et kunstig sitat ut av dette materialet). Kondensatet er et arbeidsnotat som er utgangspunkt for det siste trinnet i analysen. Deretter velger man ut et sitat fra den transkriberte teksten som illustrerer kondensatet på en god måte. Malterud kaller dette for «gullisitat».

4. Syntese (fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater)

Sammenfatte funn i fortolkede synteser. Det gir grunnlag for beskrivelser og begreper som kan presenteres. Bruke kondensatene fra trinn tre til å lage en analytisk tekst for hver sub- og kodegruppe. Illustrere disse med gullisiter som kan konkretisere hovedfunn. Malterud anbefaler at hver enkelt subgruppe omtales i egne avsnitt. Vurdere om beskrivelsene stemmer overens med inntrykket av det opprinnelige materialet, før analysen startet. Mellomtitlene i resultatkapitlet bør ikke si noe om hva man har undersøkt, men hva man har funnet.

3.5 Personvern og etiske betraktninger

Datainnsamlingen i kvalitative studier forutsetter gjensidig tillit og respekt. Uten tillit kan deltageren holde tilbake informasjon som vedkommende for eksempel tror oppfattes som ufordelaktig (Malterud, 2017, s. 211-212). Malterud skriver at man må få deltagerne til å kjenne seg trygge for å få et rikt datamateriale. Deltageren skal være trygg på at tilliten som

gis ikke misbrukes videre. Forskeren har derfor et stort ansvar for å forvalte det som blir sagt. Kvalitative studier gjøres gjerne for å utforske og forstå temaer som er viktige for mennesker. Eksempelvis kan det dreie seg om liv, død, sykdom og helse. Dette forutsetter at deltakere er villige til å dele sine erfaringer, noe nødvendigvis ikke er uten omkostninger. Malterud skriver at *det* stiller strenge krav til informert samtykke. Deltagerne må altså få god kjennskap til prosjektet, for å velge om de vil være med eller ikke. Deltageren skal kunne kjenne seg trygg på at personvern og anonymitet ivaretas på en tilfredsstillende måte, altså uten risiko for gjenkjennelse - konfidensialitet. Helseforskningsloven kapittel 2, §5, tredje ledd, understreker noe av dette - «Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold.»

Personvernet skal ivaretas i henhold til personopplysningsloven, herunder personvernforordningen (GDPR) vedtatt av EU. Nåværende personopplysningslov, som trådte i kraft 15. juni 2018, gjør personvernforordningen til norsk rett. Dens formål er «[...] å sikre vern av fysiske personers (enkeltmenneskers) grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger» (Gisle, 2018). Spesielt relevant for denne oppgaven er artikkel 7 om vilkår for samtykke, samt kapittel tre som omhandler deltageres rettigheter (European Union, 2016).

I studien er det fagpersoner og ansatte i spesialisthelsetjenesten som er intervjuet. Den transkriberte teksten av intervjuene ble anonymisert. Det vil si at navn, sted og andre identifiserbare opplysninger ble fjernet. Studiens deltager og undertegnede var bundet av taushetsplikt som helsepersonell, jf. kapittel 5 i helsepersonelloven. Lydopptak fra intervjuer og transkribert materiale slettes når oppgaven er levert og sensuren er falt. Det er undertegnede som transkriberte intervjuene. Lydopptakene behandles konfidensielt og lagres på egen diktafon og på høgskolens server. Deltagerne sto fritt til å trekke seg fra samarbeidet frem til 15. februar 2019, da analysearbeidet etter planen skulle være fullført. Det var noe usikkert om det var nødvendig å søke NSD om tillatelse til studien, utfra deres selvtest på nett (Norsk senter for forskningsdata, 2019). For sikkerhets skyld tok jeg kontakt med NSD skriftlig. Tilbakemeldingen var at den ikke ville være søknadspliktig. Høgskolen i Innlandet, ved førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug, godkjente NSD sitt svar. Studiens deltagere fikk et informasjonsskriv sammen med en samtykkeerklæring de signerte i forkant av intervjuet, se vedlegg 2.

Jeg har vurdert om deltagerens arbeidsplass kan nevnes av hensyn til anonymitet. Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sykehuset Østfold er imidlertid store arbeidsgivere, og oppgaven vil

heller ikke eksponere personidentifiserende eller sensitive opplysninger. Derfor har jeg konkludert med at dette ikke vil være til skade for noen.

3.6 Litteratursøk

Høgskolens bibliotek har gitt veiledning til å finne gode databaser og søkeord på både norsk og engelsk, såkalte MeSH-termer. Når jeg har funnet relevant litteratur har jeg også sett etter i dennes referanseliste. Det er i tillegg gjort fritekstsøk, og det er lagt vekt på å bruke fagfelleverderte artikler.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene i studien i ulike resultat kategorier, i pkt. 4.1 – 4.5. Dette i henhold til Malterud sin systematiske tekstkondensering (se kap. 3.4).

4.1 Komplekse og arbeidskrevende vurderinger

Et fellestrekk i materialet var at vurderingen av pasientens samtykkekompetanse ble beskrevet som ganske utfordrende. Det ble sagt at det er utfordrende å gjøre en helhetsvurdering, og å avgjøre hva som er det totalt sett beste for pasienten. En deltager sa:

«Samtykkekompetanse er jo en vag størrelse. Uansett hvordan du snur og vender på det, så er det klinisk skjønn, akkurat som det var før.»

Noen av deltagerne ga uttrykk for at det ikke er mulig å vurdere samtykkekompetansen helt riktig. Av og til er det usikkerhet, og flere sa det er fint at det kan testes i kontrollkommisjonen. En sa at det er krevende å måtte «strekke» på lovteksten. Det beskrives at man som behandler kanskje ender opp med å si at pasienten åpenbart ikke er samtykkekompetent, selv om man vet det kan settes spørsmålsteget ved. En deltager uttrykte at man ofte prøver å utsette vurderingen til neste dag, om man er i tvil. Det ble nevnt at dårlige norskkunnskaper kan komplisere vurderingen. En deltager fortalte at det blir som man ser i alle andre sakkyndigvurderinger - det er litt forskjellig hvordan man vurderer. Videre hadde deltageren kjennskap til at det ble sendt ut et kasus til ulike kontrollkommisjoner i forbindelse med lovendringen, og kontrollkommisjonene var delte i sin vurdering, omtrent 50/50. En deltager spurte retorisk:

«Når kan man sikkert si det er hevet over enhver tvil at pasienten mangler samtykkekompetanse?»

Det ble også sagt at vurderingen kan være enkel. Som en av deltagerne sa - «Dette kommer an på pasienten og symptomene.» Hvis pasienten åpenbart er tankeforstyrret, psykotisk og oppløst, så er det ganske enkelt. Derimot blir det vanskeligere når pasienten begynner å bli bedre.

Noen av deltagerne mente det er spesielt problematisk å vurdere samtykkekompetansen til pasienter med mani. De kommer inn akutt maniske og dårlige, og uten samtykkekompetanse. Før lovendringen kunne man behandle dem ferdig, før de ble skrevet ut. Nå skrives gjerne pasienten ut noen uker tidligere sammenlignet med før. Det er fordi pasienten gjenvinner

samtykkekompetansen, men kanskje tilsynelatende. Det legges til at pasienten med mani ofte vet, eller lærer seg, hva som skal sies for å fremstå som samtykkekompetent, uten at de er det. De snakker seg ut av mye, også i kontrollkommisjoner. En deltager sa det er «... utfordrende å avdekke den fortsatte mangelen på innsikt, slik at den viktige behandlingen kan videreføres.» Det ble lagt til at det kan gi negative konsekvenser for pasientene. Noen gjør fortsatt dumme ting, de blamerer seg og ødelegger for seg selv i slike faser. Dette har pasienten rett til, og de fleste deltagerne forteller at det er frustrerende å være vitne til. Det vises til at man har en etisk forpliktelse til å ta vare på pasienten så godt man kan. Samtidig sier loven det den sier. Dersom man er i tvil rundt pasientens samtykkekompetanse, så skal det komme vedkommende til gode. Altså, pasienten må få velge selv. En deltager opplevde å se at en del maniske pasienter ble innlagt frivillig etter lovendringen. De måtte konverteres fra frivillig til tvang. Deltageren fortalte at frivillig behandling er uforenlig med for eksempel en mani. Flere mente det ikke er så stor forskjell fra før lovendringen egentlig, med tanke på hvem som legges inn på tvang og ikke. En deltager, ved døgnpost på sykehus, sa:

«Jeg tenker at en pasient som er preget av psykotiske eller maniske symptomer ikke har samtykkekompetanse. Det får jeg begrunne, og så blir det eventuelt opp til kontrollkommisjonen å bestemme. [...] Jeg kan ikke si – jeg tror du har samtykkekompetanse, så jeg kan ikke hjelpe deg. Det skjer ikke på min vakt.»

En av deltagerne fortalte at det ofte diskuteres om pasienten har gjenvunnet samtykkekompetansen på teammøter. Det er da en diskusjon hvor alle yrkesgrupper er med. Når avgjørelsen tas er det som regel leger, psykologer og miljøterapeuter til stede. Eventuelt bare leger og/eller psykologer.

Dersom man finner pasienten muligens samtykkekompetent, men farekriteriet er oppfylt, så vil det kunne hjemle en tvangsinnleggelse. Blant deltagerne var det noe forskjellige tanker om bruken av lovens farekriterium. Flere fortalte at det til å begynne med var noe tvil om hvordan loven skulle tolkes. En deltager mente man ble ekstremt opptatt av samtykkekompetansen til å begynne med, og at man glemte å bruke farekriteriet. En annen deltager ga uttrykk for mistanke om mer bruk av farekriteriet nå enn før, men var ikke sikker. Vedkommende la til at farekriteriet nok i alle fall vurderes nøyere og oftere nå enn tidligere, fordi da slapp man det egentlig - på grunn av behandlingskriteriet. En annen bemerket at man ved å bruke farekriteriet på en måte slipper å ta en vanskelig samtykkekompetansevurdering, og tenkte derfor det er fort gjort at farekriteriet brukes for mye.

Andre deltagere trodde imidlertid ikke på at det er noen økt bruk av farekriteriet, og forklarte at man ikke ser seg om etter andre måter å bruke tvang på. De oppfattet at deres kollegaer forsøker å være lojale overfor lovgivers intensjon om mindre tvang. En deltager uttrykte at man må være varsom med å begrunne tvangen med farekriteriet. Da vil man ofte være på tynn is, fordi det er mye som skal til for å kunne si at en pasient utgjør en nærliggende og alvorlig fare.

En annen erfaring var at farekriteriet brukes for sjelden. Dette ble begrunnet med psykisk vold, i tillegg til den fysiske. Når en pasient utsetter sin familie for psykisk vold, for eksempel som følge av en mani, da sa deltageren at man i større grad må vurdere å påberope seg farekriteriet. Det samme om en person som tidligere har utøvd vold i psykotisk tilstand, selv om det er flere år tilbake i tid. Det ble understreket at pasienten har mulighet for å klage til kontrollkommissjonen. Deltageren uttalte:

«Fordi vi tidligere hadde behandlingskriteriet, så ble farekriteriet brukt veldig sjelden når vi skulle begrunne en tvangsinnleggelse. Så egentlig er vi ikke vant til å bruke det på samme måte som nå.»

En deltager fortalte å legge merke til at de mer oppdaterte legene og psykologene ofte sier de ikke kan opprettholde tvangen, fordi de ikke vet om pasienten er samtykkekompetent.

Vedkommende syntes det er positivt, at pasienter gjenvinner samtykkekompetansen under innleggelsen, men opplever det som negativt for behandlingen at de skal overføres til DPS så fort de er overført til frivillig, og selv ønsker behandling.

Nesten alle deltagerne som gjør vurderinger av samtykkekompetanse uttrykte stor frustrasjon over økte krav til dokumentasjon i arbeidet. En deltager beskrev lovendringen som et forsøk fra myndighetene på å gjøre det vanskeligst mulig å være behandler. Arbeidshverdagen ble beskrevet som et enormt skjemavelde, med omstendelige skjemaer som må fylles ut for hvert eneste vedtak. En deltager viste til at myndighetene vil gjøre det vanskeligst mulig å bruke tvang - og så den økte dokumentasjonen virker å være én måte å gjøre det på. Deltageren la imidlertid til at man ikke kan la være å bruke tvang hvis man mener det er riktig, og at det derfor er blitt mer å gjøre. Dokumentasjonen ble gjennomgående beskrevet som en tidstyv. Tiden til dokumentasjon går ut over tiden man har til samtale med pasientene. Redusert bruk av tvang var en av lovendringens intensjoner, og en deltager sa følgende til dette:

«Det er et paradoks, for hva er det som skal til for å forebygge tvang? – jo, det er jo at man snakker med pasientene.»

Denne dokumentasjonen kommer på toppen av et arbeid man har gjort tidligere, som var relativt grundig, fortalte en av deltagerne. Videre sa deltageren at det er et «... administrativt papirarbeid som ikke får noen særlige konsekvenser».

4.2 Liv og helse vs. selvbestemmelse og rettsikkerhet, etiske dilemmaer

Flertallet av deltagerne ga uttrykk for at det er etiske avveininger som må gjøres, og at det medisinske og juridiske krasjer litt. Det kommer i konflikt med hverandre - liv og helse opp mot autonomi. En deltager sa dette:

«Det finnes mennesker som, med samtykkekompetansen i behold, sier at dette livet vil jeg ikke mer, og bestiller seg en time i Sveits. [...] Det er viktig for et menneske å få lov til å bestemme selv. Men hva hvis du mangler mat og tak over hodet, og ikke klarer å få behandling for sykdommen - fordi du er for syk. Skal ikke samfunnet gjøre noe med det fordi du kan resonnerer og velge? Jeg tror ikke det er et samtykkekompetent valg å gå til grunne. Jeg tror ingen mennesker vil det.»

Det ble fortalt at pasienten, men noen ganger også pårørende, kunne oppleve det tungt å få beskjeden om at han eller hun ikke er samtykkekompetent. En beskrev det som en krenkelse, - å på en måte si til pasienten at vedkommende ikke er i stand til å bestemme over seg selv. En deltager mente at *det* er noe helt annet enn slik det var før - at pasienten fikk vite at «du legges inn for at du ikke skal bli enda sykere». Vedkommende mente denne beskjeden var lettere for en pasient å akseptere.

Noen spurte seg i intervjuene om man skal prøve å hjelpe folk så godt man kan, eller om man skal følge jussen til punkt og prikke. En deltager fortalte at konsekvensen kan være at man som behandler kan man ende opp med å si at pasienten åpenbart ikke er samtykkekompetent, selv om man vet at det kan settes spørsmålstegn ved. En undret seg over dette og uttrykte:

«Hvor bokstavtro skal man være mot lovverket? Det er på en måte jussen, pasientrettighetene og rettsikkerhetene på den ene siden, og hensynet til pasientens helse, ve og vel på den andre.»

Noen av deltagerne uttrykte at man nå altså overfører pasienter fra tvungen til frivillig paragraf, selv om man tenker at de kan bli dårligere og ikke greier å følge opp behandlingen. Flere fortalte også å oppleve at pasientene deres gjenvinner samtykkekompetansen med medisiner, og at en del da velger å slutte med medisinen igjen. Det beskrives som vanskelig å

se på, fordi det ikke er sikkert det går bra, og det kan bli flere innleggelser. Det ble uttalt at dette ikke er bra for psykosepasienter, fordi hjernen deres tar skade av det – å gå inn og ut av psykose. Noen mente det på en måte var bedre for disse pasientene før, når de var på tvang ute og var stabile på medisin, fordi de da var beskyttet. Andre av deltagerne var mindre kritiske til dette, i hvert fall om pasienten virkelig er innforstått med sitt valg. En deltager uttrykte det slik:

«Jeg vil ikke undervurdere den innsikten en del av disse kronisk syke har, erfaringen de har med en rekke innleggelser, og hvor vanskelig det har vært for dem å bli utsatt for tvang. Hvis de forstår rekkevidden av sine valg, så mener jeg deres mening og ønsker skal respekteres. Det til tross for at omgivelsene mener de ikke har det så godt som de kunne hatt det.»

Flere av deltagerne sa det er betenkelig at pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, som ikke er samtykkekompetente, ikke skal kunne få en frivillig innleggelse. Det ble uttrykt at det finnes mange pasienter som synes det er ok å være på sykehuset, men som overhodet ikke er samtykkekompetente. Noen mente disse pasientene burde tilbys en frivillig innleggelse, at det er dumt å skulle bruke tvang når det ikke er nødvendig. En deltager spurte seg samtidig – «hvordan kan de gi et reelt samtykke til det hvis de ikke er samtykkekompetente?» En deltager fortalte å oppleve noe ulik praksis rundt dette på forskjellige avdelinger.

4.3 Skepsis til lovendringen

Flertallet av deltagerne var skeptiske til lovendringen. En deltager hadde inntrykk av at en pasient på tvungent psykisk helsevern nå ikke får lov til å ta imot medisiner frivillig. Da skal man fatte tvangsmedisineringsvedtak, selv om pasienten vil ta imot medisin frivillig. Vedkommende sa at det ikke er noe absolutt påbud, men opplever fra myndighetenes side at dette er en ønskelig praksis. Det settes likhetstegn mellom å mangle samtykkekompetanse når det gjelder tvungent psykisk helsevern, og mangle samtykkekompetanse når det gjelder medisinerings. Deltageren forklarte at man nå også eventuelt må begrunne i journalen hvorfor man ikke fattet tvangsmedisineringsvedtak. En annen deltager sa at pasienten på tvang, en sjelden gang kan være samtykkekompetent, når det gjelder medisinerings. Men at de egentlig, hvis de ikke er vurdert samtykkekompetente, heller ikke kan ta imot antipsykotisk medisin. Likevel er det noen som får det. Vedkommende mente det er litt forskjellige kulturer innen akuttpsykiatrien.

Det ble vist til at myndighetene ønsker å gjøre praksis så lik som somatikken som mulig. En deltager påpekte at Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 4A, åpner for tvang og tvangsmedisinering, og sa følgende:

«... hvis en somatisk pasient mangler samtykkekompetanse, så åpner loven for å gi livsnødvendig behandling. Men det er ingen i somatikken som spør om pasienten er samtykkekompetent så lenge pasienten tar medisinen. Men i psykiatrien så skal man gjøre det. Er man ikke samtykkekompetent der så skal man ikke få lov til det.»

De fleste av deltagerne var kritisk til denne følgen av loven - at pasienten ikke skal få lov til å velge å ta medisiner lenger, fordi samtykkekompetansen er opphevet og ikke-eksisterende når det gjelder tvungent psykisk helsevern. En sa:

«Brukere mot tvang sier at tvangsmedisineringsvedtaket var det verste som kunne skje dem. Og likevel skal det presses på dem. Og jeg forstår ikke hvorfor, det blir jo mer tvang nå enn før.»

En deltager undret seg over lovarbeidet, og mente man ikke helt har forstått hva som kjennetegner en psykose. Deltageren pekte på pasientens ambivalens som et viktig symptom. Pasienten kan ha stemmer i hodet, som sier at du ikke må høre på legen, eller pasienten kan være veldig i tvil om å oppsøke hjelp eller ikke. Med tvungen hjelp har ikke pasienten dette valget lenger. Deltageren fortalte videre at pasientens ambivalens på en måte nedtones når vedkommende må være på sykehuset. Da kan det være at pasienten selv ønsker å ta medisiner, fordi vedkommende ikke ønsker en lengre innleggelse. Pasienten ønsker at det skal gå raskere, og vedkommende har erfaring med at medisiner kan hjelpe.

En av deltagerne tenkte det ikke er sikkert at lovendringen gjør det så annerledes for pasientene. Vedkommende påpekte at det fremdeles er slik at helsevesenet har muligheten til å bruke tvangsmidler, og at det er helsevesenet som fremdeles har definisjonsmakten. Videre nevnte deltageren at samtykkekompetanse ikke er en statisk størrelse, og at det er en spesialist som skal vurdere om du har evnen til å resonnerer og forstå – «forstå den etablerte forståelsen av psykisk lidelse og behandling, og kanskje ikke din egen forståelse.» Vedkommende mente at lovgivers intensjon er god, men var ikke sikker hvor stor forskjell dette egentlig vil utgjøre i praksis.

Bortsett fra dem som bruker begrepet samtykkekompetanse, så er det ikke mange som skjønner det, nevnte en deltager. Det ble sagt at begrepet er fint når det er nytt, men at vi om noen år kanskje vil tenke på det som veldig stigmatiserende, siden det brukes til å bestemme

over andre. En deltager påpekte at vurdering av samtykkekompetansen kanskje ikke er bra for pasientenes selvfølelse:

«Disse pasientene har jo ikke så mye styring, kontroll og autonomi i livet sitt da. Med dette blir det jo enda en ting de ikke får til, eller kan bestemme over.»

Det var usikkerhet blant deltagerne på om det faktisk blir mindre tvang av dette. En deltager opplevde at det er flere som legges inn på tvang nå, som ellers hadde blitt behandlet frivillig, fordi de er villig til å ta imot behandling. Dette fordi de vurderes som ikke samtykkekompetente, og derfor må behandles på tvang. En annen deltager nevnte at tvangen blir opphevet tidligere nå enn før, og at man derfor risikerer at de kommer igjen flere runder fordi de ikke er ferdigbehandlet. Deltageren forklarte at pasientene kan bli enda dårligere, og at det tar lengre tid å behandle dem for hver gang de får en ny psykose, fordi de har avsluttet behandlingen sin.

En deltager, med DPS som arbeidsplass, fortalte at man noen ganger lar være å legge inn pasienter på TUD (tvang uten døgninnleggelse), selv om de er nokså dårlige hjemme. Man risikerer at de raskt kommer ut igjen fra sykehuset, når de gjenvinner samtykkekompetansen. Deltageren sa man må spørre seg om nytten ved innleggelsen, og at man ofte tenker en mer langvarig innleggelse er det mest nyttige. Videre påpekte vedkommende at det kan være en påkjenning for pasientene å skulle vurderes jevnlig:

«Jeg tror det totalt er bedre om det blir mindre tvang, og pasientautonomien øker. Men det kan være en belastning for kronisk syke pasienter å måtte gjennom vedtakssamtaler nokså ofte.»

Noen få var mer positive til lovendringen. «Jeg har ikke sett pasienter som har gått til grunne på grunn av det her. Det vi tror vi ser, er veldig mye spekulasjoner», bemerket en deltager. Vedkommende påpekte at det gis et behandlingstilbud til dem som trenger det. Det ble lagt til at det er et sikkerhetsnett utenfor sykehuset, og at pasienten fanges opp hvis han eller hun blir veldig dårlig. Deltageren mente det er fint at man kan gi mer ansvar til pasienten, og sa følgende om at man på sykehus ser hele bildet:

«... vi har lett for å tro at det her kommer til å gå kjempedårlig. Fordi den pasienten her fungerer ikke. Men en del av det vi gjør på sykehus er jo også å ta over en del oppgaver som mennesker gjør i sitt vanlige liv da. Så da fremstår det kanskje som mer håpløst enn det er.»

Det ble vist til at det har vært store lokale forskjeller i bruk av tvang, og at det har vært en ukultur som har vedvart for lenge. En deltager sa uttrykkelig at det er positivt at pasientautonomien og tvang settes på dagsordenen. En deltager påpekte at lovendringen selvfølgelig har ført til at noen ikke har blitt tvangsbehandlet, og at de har fått velge selv, og at det *kan* være til beste for pasienten.

En deltager sa det er positivt, at man tross alvorlige symptomer, har fått et slags fokus på at pasienten skal få lov til å bestemme selv, slik det er i somatikken. Vedkommende sammenlignet det med en pasient med alvorlig diabetes. Hvis pasienten er fullt klar over sin sykdom, vet nøyaktig hva konsekvensene av mangelfull behandling er, så kan han eller hun fortsatt velge selv om de ønsker å stå på insulin videre eller ikke - velge om de ønsker å motta behandlingen eller ikke.

Noen av deltagerne som jobbet på sykehus opplevde at pasientene i større grad får medhold på sine klager til kontrollkommisjonen nå, og at man derfor kan si at deres rettsikkerhet er blitt styrket. De var likevel usikre og hadde ingen tall på dette. En av dem la til at sykehuset ofte opphever tvangen også, fordi man ser man ikke kommer noen vei juridisk.

4.4 Sykere pasienter og fortvilte pårørende

Noen av deltagerne fortalte at presset på de akuttpsykiatriske avdelingene øker fordi pasientene er sykere enn tidligere. De opplyste at pasientene er sykere når de først legges inn, og at de trenger lengre innleggelse. En av deltagerne fortalte også at pasientene krever mer oppfølging nå, og at det tar lengre tid å få dem ut av sykehuset. Disse deltagerne antok dette basert på sine opplevelser, men de hadde ikke noen tall å vise til. En deltager sa også at det er vanskelig å si om dette skyldes lovendringen, men at det i hvert fall er påfallende, og at pasientene har sjanse til å bli dårligere før de legges inn i dag enn tidligere. Flere så for seg at dette fører til mer av andre typer tvang. Eksempelvis på grunn av utageringer og 4-8-vedtak (tvangsmidler).

En av deltagerne, med jobb på døgnavdeling, fortalte at det ofte er påfallende hvor sterke tilhengere pårørende kan være av tvang. Vedkommende forklarte at de kanskje opplever at barna, ektefellen eller slektningen deres, er trygge når de er under tvang, og når helsevesenet har kort vei til inngripen. Flere deltagere opplyste å ha vært i kontakt med pårørende som nærmest er desperate etter å få sine innlagt. En deltager fortalte at de blir veldig redde og bekymrede, og det beskrives som traumatisk for dem. De pårørende ser sine kjære bli dårlige,

at funksjonen faller, og at de er psykisk syke. De oppsøker hjelp, men det er ikke mye som kan gjøres så lenge samtykkekompetansen ikke åpenbart mangler. Det er ikke grunnlag for tvungent psykisk helsevern. Terskelen for innleggelse er for høy. Flere deltagere fortalte at noen pasienter på en måte har lært seg hva de skal si, for å bli vurdert samtykkekompetent, eller at det er vanskelig å avdekke mangel på samtykkekompetanse. Pasienten vil ofte ikke legges inn frivillig, og kan gå syk i flere måneder inntil noe skjer. Det kan bli en kamp for pårørende. De får et stort ansvar, eller kan i hvert fall føle et stort ansvar. Det kan være tungt å bære. En deltager uttrykte:

«De pårørende blir veldig frustrerte. For det første tar det lang tid å få dem inn, og når de kommer inn så blir de vurdert som samtykkekompetente og skrevet ut igjen.»

En deltager fortalte at pårørende til pasienter med mani ofte er svært frustrerte. Det samme hvis pasienten skrives ut når de egentlig er for dårlige til å flytte hjem, og vi ikke har fått sikret en videre behandling godt nok. Deltageren fortalte at de pårørende får informasjon om at sykehuset må forholde seg til gjeldene lover og regler. Vedkommende mente at lovens intensjon er god, men at den gjør det vanskeligere for mange av de pårørende, og la til:

«Det er jo sjelden at det er pasienten med mani som synes det er slitsomt å ha mani.»

Noen deltagere nevnte at de bruker mer tid på pårørende etter lovendringen. Det forklares med at de pårørende skal involveres mer, både via lovverket og pakkeforløp, og via deres eget engasjement også – det blir ansett som mer viktig. De sa det er positivt at det er pålagt, for da kan man ikke prioritere det bort. Det å forklare samtykkekompetanse for pårørende er heller ikke lett, uttalte en deltager.

«Man har fokusert mye på pårørendes rettigheter til informasjon. Personlig ringer jeg pårørende oftere enn før. Da får man jo en del informasjon, og kan snakke med dem. Så det er en positiv ting med det nye lovverket. [...] Det er bra for de pårørende, for oss, og for pasienten.»

En av deltagerne ved døgnavdeling var derimot ikke sikker på om det var merkbart mer fortvilelse hos pårørende nå, fordi fortvilelsen har vært stor hele tiden. Det fortelles at pårørende til personer med rusutløst psykose for eksempel, blir fortvilet, fordi det skjer gang på gang. Det samme når det gjelder pårørende til mennesker med suicidalitet. De ønsker at de skal holdes inne, at helsevesenet holder dem tilbake og ivaretar. Deltageren medga at dilemmaene kanskje er noe annerledes nå enn tidligere, for eksempel på DPS-nivå - hvor man

må seponere pasientenes medisiner, avslutte den tvungne oppfølgingen, fordi de vurderes samtykkekompetente.

En deltager, ved DPS, kunne ikke si å merke at det er blitt en større belastning for de pårørende. Vedkommende trodde det har med å gjøre med at de jobber et sted hvor de klarer å håndtere disse veldig syke. De har en del som er på tvang, selv om de er utskrevet fra sykehus. Uansett om pasientene er på tvang eller ikke, så vil de på en måte påtreffe dem en til to ganger i uka, ble det fortalt. Deltageren hadde inntrykk av at de pårørende ofte er godt fornøyd med den jobben DPS gjør.

4.5 Må samfunnet akseptere større risiko?

Ingen av deltagerne trodde lovendringen vil kunne reverseres, men noen håpet på det. Et par av deltagerne spekulerte over eventuelle kommende lovendringer, og undret seg over om dette kun er et første skritt. De så for seg at det kan bli slik at man kan legge inn på tvang dersom det er snakk om fare, og at det da vil bli mange psykotiske mennesker som går ute. En deltager mente at man må innse at helsevesenet ikke lenger kan beskytte samfunnet som tidligere:

«Man må på en måte ta inn over seg at her er det ment at vi skal akseptere større risiko på samfunnsnivå. Vi skal ha sykere pasienter utskrevet.»

De fleste deltagerne uttrykte bekymring for at flere alvorlige hendelser, for eksempel drap, vil kunne skje i fremtiden som følge av lovendringen.

En deltager mente at man fokuserte veldig ensidig på samtykkekompetansen til å begynne med. Vedkommende viste til at det i hvert fall har skjedd et drap i Norge, etter lovendringen, av en person som ikke ble tvangsinnlagt, fordi legevakten mente vedkommende var samtykkekompetent. Deltageren trodde imidlertid at vi har unngått å se mer av dette, fordi psykisk helsevern har fått en forståelse av hva som menes med samtykkekompetanse nå, og at man klarer å begrunne det. Deltageren la til at man begynner å merke at det ikke er så stor forskjell – på praksis nå og før, med tanke på hvem som legges inn. En deltager var kritisk til hvordan myndighetene bare skal bestemme at det skal være mindre tvang, og sa:

«... jeg kan ikke la være å gjøre jobben min fordi det sitter en politiker der oppe, som mener han skal revolusjonere psykiatrien.»

Noen deltagere ytret bekymring for at en del av psykiatrien er i ferd med å ødelegges. Det ble sagt at mindre tvang i psykiatrien ikke er en plan i seg selv. En deltager ga uttrykk for at man må stille seg følgende spørsmål: «Hvordan skal vi gjøre psykiatrien bedre? Hva er det beste for pasientene? Hva er det beste for de pårørende? Hva er det beste for samfunnet generelt? Og hva er det som er riktig bruk av medisiner?» En annen deltager uttalte at det er mye omsorg i tvang, og at det ikke er denne tvangen vi skal ha bort:

«Vi må høre stemmen til pasienten som sier at tvangen var bra også.»

Flere deltagere uttrykte bekymring for at det kan skje alvorlige hendelser, og at det eventuelt er det som må til for at man vurderer å reversere loven. En deltager undret seg over hvor langt man kan strekke det her med pasientautonomi og mindre tvang:

«Det er jo ikke alle som mener at man kan vise til så mye positivt med å bruke tvang totalt sett. Det tror jeg man skal være litt ydmyk for, men jeg er usikker på hvordan det stiller seg hvis man ser alvorlige konsekvenser – som kan spores til mindre tvangsbruk. [...] Mange snakker jo om at det vil kunne skje alvorlige hendelser da, et nytt trikkedrap eller lignende. Da er det jo interessant å se hva politikerne sier til det, om de snur kappa etter vinden, eller om de vil si at her er det viktigst med pasientautonomi og mindre tvangsbruk.»

En av deltagerne hadde flere tanker om hva som kunne være fremtidens psykiatri, og sa at man nesten må gjøre noe helt motsatt av nå. Å behandle psykisk uhelse, uten å være så opptatte av diagnoser, og at pasienten må oppfylle en rekke kriterier for å få hjelp.

Vedkommende sa at det kan være en mulighet med institusjonsbehandling, hvor kapasiteten er såpass stor at man kan si til pasienten at – «du er velkommen, vi har ikke tenkt til å sperre deg inne, men vi er her til du er klar.» En annen mulighet som ble pekt på er å bygge ut poliklinisk, eventuelt ha kommunal oppfølging, som er kontinuerlig døgnet gjennom, og som oppleves tilgjengelig – uten at pasienten må gjennom flere ledd for å bevise hvor syk han eller hun er.

Flere trodde denne lovendringen kanskje bare er den første av flere som vil dra det i retningen av mer pasientautonomi og detaljstyring av helsepersonellens yrkesutøvelse. Det ble påpekt at enkelte land kun har farekriteriet som vilkår for tvang. En deltager sa følgende:

«Med lovendringen er det tydelig at man har mindre tillit til profesjonsutøverne. Nå er det mer detaljerte føringer for hvordan man skal håndheve lovverket.»

En deltager uttalte at det har helt klart har vært overforbruk av tvang i en del sammenhenger, og at tvangsbruken har vært skjevfordelt mellom landsdeler og ulike sykehus. Vedkommende mente *det* ikke har vært holdbart, og forstår på en måte at en lovendring har vært ansett som nødvendig, når helsepersonell ikke har klart å forvalte det tidligere lovverket.

5 Drøfting

5.1 Metodediskusjon

«Systematisk tekstkondensering» (STK) valgte jeg som analysemetode først og fremst fordi den er egnet til å kunne besvare min problemstilling. Malterud (2002) sier den «... egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved den medisinske virkeligheten.» Den egner seg blant annet for å analysere tekst fra intervjuer.

Det er en metode jeg har blitt kjent med gjennom pensumlitteraturen, og jeg var heldig å få delta på et dagskurs med Malterud ved Sykehuset Innlandet i februar 2019. En fordel er at det er en pragmatisk metode som ikke krever inngående kjennskap til vitenskapsfilosofier som hermeneutikk og fenomenologi, og den er egnet for nybegynnere (Malterud, 2017). Den er induktiv og trekker slutninger fra det enkeltstående til det generelle (Malterud, 2017, s. 27). Metoden er internasjonalt anerkjent, og den er blitt presentert i *The Lancet* (Malterud, 2001).

Prosedyren er transparent og systematisk. Det er en gjennomførbar analyse, og den egner seg for begrensede mengder empiriske data der man har god informasjonsstyrke (K. Malterud, forelesning, 4. februar 2019). Analyseprosessen er fleksibel. Det går an å endre på fokus og se etter andre mønstre underveis i arbeidet.

En ulempe med metoden kan være at man gjør avgrensninger helt til å begynne med i arbeidet, i det første trinnet. Man skal intuitivt velge temaer som vekker ens oppmerksomhet. Her står man altså i fare for å ikke identifisere viktige tema. Etersom jeg jobber i samme felt som jeg studerer, har jeg et innenfraperspektiv. Jeg tenker det reduserer risikoen for at jeg ikke får med meg viktig tematikk. Det er en viss fare for dekontekstualisering av deltageren og tema, da det er en tverrgående tematisk analyse, men dette er ikke unikt for STK (K. Malterud, forelesning, 4. februar 2019). Malterud angir at det tredje trinnet i analysen kan være vanskelig å forstå og formidle. Videre at den kan fremstå rigid og simpel, og dermed begrense mulighetene for kreativ og elegant konkludering. Jeg opplevde tredje trinn som arbeidskrevende, men at man fikk igjen for dette i trinn fire.

En ulempe kan være at jeg ikke spesifiserte hvilken profesjon som sa hva i datamaterialet. Jeg ønsket bredde i materialet, derfor valgte jeg deltagere med ulike profesjoner og stillinger. Med to deltagere som var sykepleiere vurderte jeg *det* som et for lite materiale til å gjøre sammenligninger ut av.

Det var utfordrende å skulle sortere enkelte av funnene i kategorier, fordi materialet var sammensatt.

Oppgaven vier relativt stor plass til teori og relevant forskning. Jeg ønsker å belyse temaet grundig, og jeg tenker det er nødvendig med større kunnskap på dette området for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dette for best mulig å kunne håndtere de komplekse og etisk krevende vurderingene, samt for å bidra med kvalifisert kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet.

5.2 Refleksivitet, relevans og validitet

Om kunnskap er vitenskapelig kommer an på hvordan den innhentes og håndteres, ifølge Malterud (2017). I faglitteraturen er det noe uenighet om hva som er relevante begreper når det gjelder evaluering av kvalitative studier. Malterud (2002; 2017, s. 17-25) presenterer det hun mener er tre grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap ved kvalitativ metode – refleksivitet, relevans og validitet. Ettersom jeg har valgt Malterud sin metode «systematisk tekstkondensering», har jeg valgt å forholde meg til disse begrepene.

Forskeren skal vise til refleksivitet i arbeidet og det endelige produktet. Det gjøres ved å stille spørsmål ved sin fremgangsmåte og konklusjon. Det er nødvendig med et åpent sinn, hvor det er plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner, for at forskningsprosessen skal kunne finne frem til noe annet enn det man så for seg til å begynne med. Det er viktig å kunne stille seg spørsmålet om hva som gjør at man ser det man ser - hva er det som er mitt utgangspunkt for observasjoner og tolkninger? Hvilken bakgrunn, og hvilke perspektiv har jeg når jeg leser mine data? Når man har funnet frem til sine fordommer, eller forkunnskap, kan man vurdere hva som har påvirket kunnskapsutviklingen. Dette kalles også for bias. Malterud peker på at bias særlig truer mulighetene for en kritisk refleksjon, når vi tror at vi har eliminert vår egen innflytelse på kunnskapsutviklingen. Refleksivitet betyr at vi hele veien må vurdere vår egen betydning for arbeidet. Jeg har et innenfraperspektiv, fordi jeg jobber i feltet jeg har studert. Det påvirker min analyse og valg av litteratur.

Det er ønskelig at andre skal kunne lære noe av arbeidet vårt. Det er ikke ofte det gjøres store gjennombrudd, men vitenskapelig kunnskap skal bringe relevans i form av ny kunnskap som kan brukes til noe. Forskeren må vurdere hvilken rolle hans eller hennes bidrag utgjør. I kvalitative studier er det et mål at man ikke gjentar andres funn, men greier å se noe nytt.

Relevante spørsmål å stille seg som forsker er - hva vet man om dette fra før? og hva vil denne studien tilføre? For vurdering av denne studiens relevans, se pkt. 1.2.

Malterud skriver at ingen kunnskap er allmenngyldig, og at generaliserbarhet derfor er et problematisk begrep. Forskeren må vurdere studiens validitet. Hva er det studien sier noe om? På hvilken måte er funnet overførbart utover konteksten det står i? Det er sjelden man kan svare ja eller nei på om noe man har funnet er sant. For å vurdere validitet må man gjennomgå hvordan man får frem kunnskapen. Er for eksempel metoden man bruker egnet til å få gyldige svar på spørsmålet? Begrepet «intern validitet» handler om hva studien er sant om, mens «ekstern validitet» handler om hvilke sammenhenger, utenom den vi har undersøkt, svarene kan være gyldige for. I kvalitativ forskning snakker man om å kunne overføre kunnskap fremfor og generalisere. Kunnskapen som kommer fram i denne studien er erfaringskunnskap fra spesialisthelsetjenesten. Dette hadde altså ikke kommet fram hvis jeg hadde intervjuet pasienter eller helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

5.3 Resultatdiskusjon

Denne kvalitative masteroppgaven har følgende problemstilling:

«Hvilken erfaring har spesialisthelsetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for tvungent psykisk helsevern?»

I resultatkapittelet har jeg presentert mine funn i fem resultatkategorier. Studiens materiale er sammensatt, og funnene i én resultatkategori var også relevante i en annen. Det var derfor ikke enkelt å gjøre denne oppdelingen. Materialet i resultatkategoriene i pkt. 4.3 – 4.5 opplevde jeg dog som mindre fremtredende i materialet. Når jeg videre skal diskutere mine funn velger jeg derfor å gjøre dette under de to neste punktene. Hovedfunnene i studien, og svar på problemstillingen, er at vurderinger av samtykkekompetanse kan være komplekse, og at pasientens rett til selvbestemmelse byr på etiske utfordringer for helsepersonellet. På grunn av nevnte kompleksitet henger nærmest alt materialet sammen med alt. Funn fra pkt. 4.3 – 4.5 tas av den grunn med i diskusjonen for å utdype. Kompleksitet og etiske utfordringer er den røde tråden i resultatene.

Studiens hovedfunn er at samtykkekompetansevurdering kan være kompleks og arbeidskrevende å gjøre. Det oppstår etiske utfordringer og dilemmaer, og medisin og helsefag kommer i konflikt med jussen. Pasientrettigheter er styrket, men ofte på bekostning

av optimal behandling og omgivelser. Vurdering av samtykkekompetansen hos pasienter med mani oppleves spesielt utfordrende. Deltagerne opplever at det er sykere pasienter som legges inn nå enn før lovendring, men kanskje har ikke lovendringen ført til de helt store endringene i praksis. Videre erfarte de at pasientene ofte skrives ut fra sykehus tidligere i behandlingsforløpet sammenlignet med før. Lovendringen krever mer tid til dokumentasjon, og den gir mindre tid til pasientkontakt. Lovendringen har ført til mer samarbeid med pårørende. Det er usikkert om lovendringen fører til mer eller mindre tvang. Kanskje gir den mindre tvang på noen områder, og mer på andre. Pasientens rettssikkerhet antas å ha økt. Deltagerne opplever at lovendringen har ført til mer fortvilte pårørende. Samtykkekompetanse som begrep kan være vanskelig å forklare for pasienter og pårørende.

5.3.1 Komplekse og arbeidskrevende vurderinger

Et fellestrekk i datamaterialet er at vurderingene av samtykkekompetanse er komplekse og arbeidskrevende. Det er mange forhold å vurdere. Eksempelvis skal man først forsikre seg om at forholdene er lagt til rette for et informert samtykke. FARV-evnene skal vurderes. Samtykkekompetanse skal vurderes opp mot et spesifikt forhold. Pasienten kan være tildekkende. Språk kan være en utfordring. Alt dette tar mye tid. I tillegg kreves omfattende dokumentasjon. Bellhouse et al. (2003) og Cairns et al. (2005) fant i sine studier henholdsvis ut at det er mulig å vurdere samtykkekompetansen pålitelig først i innleggelsen, og at det er mulig å oppnå en høy samstemthet i vurderingene klinikere imellom. I denne studien ble det imidlertid sagt at det ofte blir som i andre sakkyndigvurderinger – litt forskjellige vurderinger. Det ble gitt uttrykk for at det er fint at avgjørelser kan testes i kontrollkommisjonen. Det ble vist til et kasus som ble sendt til ulike kontrollkommisjoner i forbindelse med lovendringen, og hvor kommisjonene var delte i sine vurderinger - omtrent 50/50. Kanskje er det ulik oppfatning av, eller bevissthet om, beviskravet «åpenbart» ikke samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3? Paulsrudutvalget hadde som forutsetning for sine lovforslag at samtykkekompetansevurdering er mulig å gjøre på en pålitelig måte (NOU 2011:9, s. 218).

Det skal altså en del til for at man vurderes som ikke samtykkekompetent. Det ble sagt at lovteksten noen ganger må «strekkes» litt på, og at man kan ende opp med å si at pasienten åpenbart ikke er samtykkekompetent, selv om man vet det kan settes spørsmålsteget ved. Det vises også til at samtykkekompetanse er et litt vagt begrep, og at det uansett er snakk om et klinisk skjønn, slik det også tidligere har vært. Pignatiello (2018) sier også det er mye rom for

skjønn i vurderingen. Deltagerne sa at vurderingen kane være enkel, for eksempel dersom pasienten ved innleggelse helt klart er tankeforstyrret, psykotisk og oppløst. Dette sier også Pignatiello (2018).

Ser man på statistikken (kap. 2.4) synes omfanget av tvangsinnleggelse ved Sykehuset Østfold og Lovisenberg å bestå, selv om en av intensjonene med lovendringen jo var at bruken av tvang skulle ned. Hvordan kan dette ha seg? Var ikke dette riktig tiltak, eller er det kanskje slik at tvangsinnleggelsene er kortere nå enn før, og at det blir mindre tvang på denne måten? Altså at pasienter på tvang gjenvinner samtykkekompetansen underveis, og får velge om de vil skrive seg ut, eller forbli innlagt frivillig. Dette har jeg ikke funnet tall på i forbindelse med denne studien, men det vil være interessant å se.

Det ble sagt at manglende samtykkekompetanse hos maniske pasienter er spesielt krevende å avdekke. Pignatiello (2018) nevner også manipasienten som krevende å vurdere. Jeg har selv denne forståelsen fra egen praksis. Disse pasientene kan ofte snakke godt for seg, og de kan fremstå friskere enn hva de er. For en stund kan de dekke til sine symptomer, og ved en legeundersøkelse, eller i en kontrollkommisjonssak, vil pasienten derfor kunne gi inntrykk av å være samtykkekompetent. Et eksempel på dette er at maniske pasienter legges inn frivillig, hvor så dette blir et vanskelig utgangspunkt for videre behandling, og institusjonen må skrive ut pasienten, eller konvertere til tvungen paragraf. Dette kan være en forklaring på at man har sett en økning i antall konverteringer, jf. pkt. 2.4. Jeg har også erfart at pasienter har blitt lagt inn på tvang flere ganger i løpet av kort tid – faktisk flere ganger i løpet av ett døgn. Det at pasienter med mani legges inn frivillig, eller på tvang, flere ganger over kort tid, sier kanskje noe om at samtykkekompetansen kan være vanskelig å vurdere, og/eller at den endrer seg raskt. Legeforeningen påpeker også denne utfordringen i sitt høringsvar til Paulsrudutvalget, se pkt. 2.2.1. Owen et al. (2008) fant i sin studie fra London, at nesten alle innlagte pasienter med mani manglet samtykkekompetanse. Dette sier imidlertid kun noe om samtykkekompetansen til dem som var blitt innlagt, men til forskjell fra Norge (NOU 2019:14, s. 218) er det ved en tvangsinnleggelse i England «[...] ikke avgjørende om personen har beslutningskompetanse». Studien til Owen et al. (2008) sier dog ingenting om disse manipasientene var innlagt på tvang eller ei.

Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 218) forventet at arbeidet med vedtaksbeslutningene og vurdering av samtykkekompetanse, kan ta mer tid og føre til økt ressursbruk - særlig i overgangsfasen. Deltagerne i studien som gjorde vedtak opplevde dette, og de uttrykte stor frustrasjon over økte dokumentasjonskrav. Lovendringens intensjon var mindre tvang og

større rettsikkerhet. Dette gir mindre tid til å snakke med pasientene, fordi mer tid går til dokumentasjon. For å unngå unødig tvang ble det påpekt at det er viktig å få snakket mest mulig med pasientene. Samtidig er denne dokumentasjonen kanskje nødvendig for at pasienten ikke vurderes vilkårlig, og at rettsikkerheten på den måten ivaretas, jf. store geografiske variasjoner i bruk av tvang som tidligere er påpekt (NOU 2011:9, s. 100). Man kan jo tenke seg at arbeidsmengden for vedtaksfatter går ned dersom antall tvangsinnlagte går ned. Det ble sagt at man ikke kan la være å bruke tvang dersom det er nødvendig, og det ble sagt at tvang brukes like ofte som før. Da øker arbeidsmengden.

Det er faglig ansvarlig, det vil si overlegen eller psykologspesialisten, som skal avgjøre om pasienten har samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2018, s. 71). Det skal fortløpende vurderes om vilkårene i loven er oppfylt, for eksempel om pasienten mangler samtykkekompetanse. Hvis samtykkekompetansen er der, skal tvangstiltaket etter loven opphøre straks (Helsedirektoratet, 2018, s. 108). På min arbeidsplass kan det gå flere dager mellom hver gang lege eller psykolog snakker med en pasient, og jeg tenker derfor det er viktig at miljøterapeutene, som er med pasienten hele tiden, blir trent og utfordret på å gjøre samtykkekompetansevurderinger. I studien ble det nevnt at man ofte diskuterte om pasienten var samtykkekompetent på teammøter, og at det var en diskusjon der alle yrkesgruppene var med. Dette er veldig bra, men det er ikke sikkert det er slik overalt. Betimelige spørsmål er hvor ofte samtykkevurderingene gjøres i praksis, og om man i tilstrekkelig grad lar tvilen om samtykkekompetanse komme pasientens selvbestemmelse til gode?

David Okai et al. (2007) fant at manglende samtykkekompetanse er vanlig hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern (median på 29 prosent), men altså at majoriteten av pasientene var samtykkekompetente. Hvis vi tar utgangspunkt i at tvangsinnlagte mangler samtykkekompetanse, stemmer dette bra med statistikken, se pkt. 2.4, hvor vi ser at omkring 25 prosent av innleggelsene var på tvang. Dette nivået hadde vi imidlertid før lovendringen også, så dette kan tale for at det ikke har vært noen stor endring i praksis. Det ble sagt i studien at man egentlig ikke opplevde så stor forskjell på hvem som legges inn på tvang før og nå. Paulsrudutvalget (NOU 2011:9, s. 218) vurderer også i sitt forslag, om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang, at det ikke ville utgjøre noen særlig forskjell for pasientene som er hardest rammet av psykiske lidelser.

Lepping et al. (2015) fant at gjennomsnittlig 45 prosent av pasienter i psykisk helsevern mangler samtykkekompetanse. Det er altså noe ulike estimater når det gjelder andel samtykkekompetente innlagt i psykisk helsevern. Det kan skyldes ulike beviskrav. I Norge

skal man «åpenbart» mangle samtykkekompetanse for å vurderes som ikke samtykkekompetent. Man skal heller ikke glemme at samtykkekompetente noen ganger legges inn frivillig, enten fordi det er vanskelig å avdekke mangelen på samtykkekompetanse, eller fordi de oppsøker hjelp selv og får frivillig innleggelse. Skal vi tro Lepping et al. (2015) mangler en større andel av pasientene samtykkekompetanse. De hevder pasientenes samtykkekompetanse sannsynligvis overvurderes av klinikerne.

5.3.2 Liv og helse vs. selvbestemmelse og rettsikkerhet, etiske dilemmaer

Deltagerne i studien opplevde at det medisinske og juridiske kommer i konflikt. Jussen, pasientrettigheter og rettsikkerhet kan være en motsetning til pasientens ve og vel. Skal man være lojal overfor jussen, eller skal man prøve å hjelpe folk så godt man kan? Er det mulig å få til begge deler?

I psykisk helsevernloven (1999) fremgår det nå av formålsparagrafen at et formål med reglene er å forebygge og begrense bruken av tvang. Helsehjelpen skal ytes med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Så langt det er mulig skal den være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, samt ha respekt for menneskeverdet. Helsevesenet må imidlertid noen ganger ta ansvar og gi hjelp til dem som trenger det, men som ikke vil ha hjelp. Loven regulerer bruken av tvang, men den stiller også krav til at helsepersonell *må* utøve skjønn. Ved spørsmål om bruk av tvang oppstår det etiske spørsmål og dilemmaer. Da fremstår ingen av løsningsalternativene som utelukkende gode for pasienten eller omgivelsene, og vi har ingen fasit på hva som er best å gjøre.

Loven sier at tvangen skal opphøre når pasienten er samtykkekompetent, selv om man vurderer det som sannsynlig at pasienten ikke greier å følge opp frivillig behandling, og derfor kan bli dårligere igjen. Hva er konsekvensene av dette, og er de ønskelige? I studien ble det sagt at dette ikke er bra for psykosepasienter, fordi hjernen deres rett og slett tar skade av det – å gå inn og ut av psykose. Det ble også pekt på at ambivalens er et fremtredende symptom ved alvorlige psykiske lidelser. Vansker med å ta valg er altså en del av sykdomsbildet. Er det da riktig at man skal få velge om man skal få behandling? Konsekvensene kan bli store. Redusert sykdomsinnsikt er ofte også en del av en alvorlig psykisk lidelse, men ikke alltid. Hvis man imidlertid ikke føler seg syk, er det ikke rart om man ikke ønsker helsehjelp. Konsekvenser av loven er kanskje på den ene siden at noen pasienter ikke får sin selvbestemmelse unødvendig begrenset, og på den andre at noen ikke får den hjelpen de

trenger eller egentlig ønsker. Hva er mest ønskelig? Det er vanskelig når man som helsepersonell i noen sammenhenger kanskje må la være å behandle en pasient, når man er overbevist om at pasienten skulle hatt behandling og fått det bedre med den.

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet for pasienten er intensjonen med lovendringen. Integritet, autonomi og selvbestemmelse hos pasienten er uttalte verdier i de presenterte utdragene fra yrkesetikken i pkt. 2.3.3. Likeledes påpeker rammeplanen for videreutdanningen i psykisk helsearbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) også pasientens autonomi og integritet som viktige prinsipper. Samtidig finner vi i sykepleierens yrkesetikk (Norsk Sykepleierforbund, 2019) at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Behov for helhetlig omsorg skal ivaretas, og sykepleieren skal lindre lidelse. I legenes etiske regler (Den norske legeforening, 2015) finner vi at legen skal verne om menneskets helse, helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke med å bli friske, og sykdom skal forebygges hos friske. I psykisk helsevern skal man altså både jobbe for å fremme helse og selvbestemmelse hos pasienten. Dette blir utfordrende når man opplever at selvbestemmelsen går ut over helsen. I Fellesorganisasjonens yrkesetiske grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen, 2015) påpekes det at fagpersonen har et spesielt ansvar for å hjelpe den som ikke kan ivareta sine behov og interesser. Fagpersonen har ansvar for å drøfte etiske dilemmaer med brukerne og kolleger. Er man i tvil skal man søke veiledning.

Selv om alle lovens vilkår for etablering av tvang er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare vedtas dersom man «[...] etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3). Når vurderingen gjøres, skal man legge særlig vekt på hvor stor belastning tvangen vil være for pasienten. Det ble sagt i denne studien (se pkt. 4.3) at man på DPS-nivå noen ganger velger å la nokså dårlige pasienter være hjemme. Man velger å ikke legge dem inn, fordi man etter det nye regelverket risikerer en kortvarig innleggelse man vurderer som lite nyttig for pasienten. Ulempene med tvangen vurderes som større enn nytten. Helsepersonellens vurdering er her altså helt sentral. I disse vurderingene er «de fire prinsippers etikk», se pkt. 2.3, nyttig for etisk vurdering av man bør gjøre – vurdering av respekten for pasientens autonomi, velgjørenhet, ikke skade-prinsippet og rettferdighet.

Respekten for pasientens autonomi vil kunne vektlegges mindre i en slik vurdering dersom pasientens vurderes ikke samtykketykkekompetent. Det gjør kanskje vurderingen mer opplagt, men de andre prinsippene gjenstår fremdeles. Vi vet at tvang kan være krenkende og

en stor belastning for pasienten. Når også effekten av tvangsbehandling er omdiskutert (se pkt. 2.3,) gjør det det vanskeligere å argumentere for tvang. En deltager påpekte at tvang også er omsorg, og at denne omsorgen ikke må forsvinne. Det finnes dem som ikke greier å be om hjelp selv, og som heller ikke har pårørende som kan si ifra. Det er kanskje noen av disse pasientene som synes tvangen overfor dem var bra, jf. studien som Husum et al. (2017, s. 200) viser til? Den viste at gjennomsnittlig 63 prosent av pasientene synes tvangen de ble utsatt for var riktig, tre måneder etter utskrivelse (se pkt. 2.3). En etisk utfordring for psykisk helsevern er likevel utvilsomt at forskning sår tvil om hvor stort positivt utbytte man egentlig har ved bruk av tvang og tvangsbehandling. Det meste av forskning på effekten av behandling er gjort på pasienter hvor utgangspunktet er frivillighet (Brun et al., 2017). Kunnskapsgrunlaget kunne altså vært bedre. Helsedirektoratet (2017, s. 18) anbefaler at man kvalitetssikrer samtykkekompetansevurderingene ved diskusjon i tverrfaglige team, og nevner flere faktorer man bør vurdere (se pkt. 2.1.2). Det kanskje mest gjennomgripende og traumatiske for mange pasienter er tvangsbehandling med medisiner. Da er det bra at spesialisten *skal* snakke med annet kvalifisert helsepersonell når slike vedtak fattes (Syse, 2018).

I studien ble det nevnt at tvangsmedisinering er ønskelig praksis overfor ikke samtykkekompetente, selv om det ikke var noe påbud. En annen deltager sa at pasienter på tvang, noen ganger kan være samtykkekompetente når det gjelder medisineren. Det ble uttrykt at det er litt forskjellig kulturer i akuttpsykiatrien rundt om. De fleste av deltagerne var kritisk til denne følgen av loven - at pasienten ikke skal få lov til å velge å ta medisiner lenger, fordi samtykkekompetansen er opphevet og ikke-eksisterende når det gjelder tvungent psykisk helsevern. Samtykkekompetanse *er* imidlertid situasjonsspesifikk (O'Brien, 2010), og den skal alltid vurderes konkret opp mot en gitt beslutning (Pedersen & Aarre, 2017, s. 158). Det skal altså ikke settes likhetstegn mellom å mangle samtykkekompetanse når det gjelder tvungent psykisk helsevern, og mangle samtykkekompetanse når det gjelder medisineren, selv om det ofte kan være slik.

Pasienter som ikke åpenbart mangler samtykkekompetanse, kan fortsatt gjøre uheldige ting, for eksempel blamere seg selv, og dermed ødelegge for seg selv i slike faser. Sykdommen kan få store konsekvenser først og fremst for dem selv, men også for pårørende, ofte barn, blir dette vanskelig. Dette har pasienten samtidig rett til, og i materialet kommer det frem at det er frustrerende å være vitne til. Man har en etisk forpliktelse til å ta vare på pasienten så godt man kan, samtidig sier loven det den sier, og dersom man er i tvil rundt pasientens

samtykkekompetanse så skal det komme vedkommende til gode. Pasienten skal altså få velge selv.

Med lovendringen skiftet man fokus fra diagnose til funksjon (Helsedirektoratet, 2017, s. 14), og krav til tvangsbruk i psykisk helsevern skulle komme mer i samsvar med somatisk tvungen behandling, som også krever mangel på samtykkekompetanse. Men, som det ble påpekt, så trenger man først vedtak om tvang i somatikken når pasienten motsetter seg helsehjelpen. I psykisk helsevern kreves tvangsvedtak uansett (se pkt. 2.2.3).

Det er nå den samtykkekompetente pasientens rett til å bestemme selv. At pasienten kan bli dårligere igjen, og ny tvang bli aktuelt, skal ikke påvirke pasientens selvbestemmelse. Det var en uttalt bekymring i denne studien at man vil se de samme pasientene bli innlagt hyppigere. Det fordi de risikerer å ikke bli ferdigbehandlet - fordi de gjenvinner samtykkekompetansen underveis og velger å avbryte. Flere høringsinstanser i forbindelse med Paulsrudutvalget (NOU 2011:9) delte denne bekymringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 24). Under pkt. 2.4 i oppgaven finner vi imidlertid at antall reinnleggelser er som før lovendringen med ni prosent ved Lovisenberg sykehus. Halvparten av disse skjer innen seks måneder fra utskrivelse.

Med lovendringen oppleves det blant deltagerne at det at tilliten til fagpersoner i psykisk helsevern er blitt innskrenket. Man erkjenner at tidligere lovverk ikke har vært forvaltet godt nok tidligere, og det ble vist forståelse for at lovgiver måtte gjøre noe. Det nevnes at det har vært store geografiske variasjoner i bruken av tvang, og dette bekreftes blant annet i forslag til ny tvangsbegrensningslov (NOU 2019:14, s. 274). Jeg tenker det fremdeles vil være muligheter for noe ulike kulturer på klinikker og i helseforetak når det gjelder samtykkekompetansevurderinger. Derfor har helsepersonell et stort ansvar for å gjøre gode vurderinger på hvem som er samtykkekompetent og ikke. Dette krever at man i psykisk helsevern har god kjennskap til jus og etikk, som en integrert del av eget fag.

Har rettsikkerheten økt for pasienten? Det er åpenbart at psykisk helsevern ikke lenger har hjemmel i lov til å etablere tvang over pasienter som vurderes samtykkekompetente, med unntak av dem som er til fare for eget liv, eller andres liv eller helse. Er pasienten i større grad beskyttet mot vilkårlighet eller overgrep nå? Mer dokumentasjon fører i hvert fall til at vedtaksfatter strukturert må ta stilling til en rekke spørsmål og dokumentere dette skriftlig. Det blir lettere å ettergå hva som er gjort. Det ble sagt at dette ekstra arbeidet ikke oppleves å ha stor betydning, og at man tross alt gjorde en grundig vurdering tidligere også. Mer

dokumentering har dog ført til mindre tid for lege eller psykolog til å snakke med pasienten selv. Dette er klar en svakhet. Grunnlaget for vurderingene deres kan bli mindre. For å ivareta rettssikkerheten tenker jeg det da er viktig at flest mulig av helsepersonellet er i stand til å gjøre en vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Slik jeg ser det er faglig ansvarlig avhengig av gode observasjoner, fra eksempelvis miljøterapeutene, for fortløpende kunne å kunne ta stilling til om samtykkekompetansen er der eller ei, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Det var en utbredt skepsis til lovendringen(e) blant deltagerne i studien, altså ikke bare endringen vedrørende vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Ingen var sikre på om den fører til mindre tvang. Det ble nevnt at pasienter som oppsøker hjelp frivillig, må få det på tvang, hvis de ikke er samtykkekompetente. Det ble stilt spørsmål ved om andre typer tvang har økt, for eksempel tvangsmidler, fordi det nå går lengre tid før man kan gi medisiner. Er samtykkekompetanse blitt enda en ting de dårligste pasientene ikke mestrer? Vil «ikke samtykkekompetent» bli et nytt mindreverdighetsstempel?

Er det blitt mindre tvang? Både ja og nei. Deltagerne i studien hadde vansker med å si om det var blitt færre eller flere tvangsinnleggelsler, ettersom man ikke hadde sett noen statistikk på dette. Det var imidlertid en opplevelse av økt bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8. Det ble påpekt at *det* neppe har med vilkåret om manglende samtykkekompetanse å gjøre. En samtidig endring i psykisk helsevernloven § 4-4 ble angitt som mulig årsak. Denne endringen er at vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke ikke skal vedtas før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn etter etableringen av tvungent psykisk helsevern, mot tre døgn tidligere. Dette faller noe utenfor studiens problemstilling, men Paulsрудutvalget mener dette tiltaket også er av særlig betydning for pasientens rettssikkerhet (NOU 2011:9, s. 249), så jeg nevner det her. Jeg ser i egen jobb at dette *kan* øke pasientens rettssikkerhet, men at det i praksis kan føre til at akutt dårlige pasienter lider unødige lenge, og at flere tvangsmidler må iverksettes overfor dem. Tall som kan tyde på dette er at det ved klinikk for psykisk helsevern, Lovisenberg, eksempelvis ble gjort 121 vedtak om kortvarig fastholding (psykisk helsevernloven § 4-8 d) i løpet av 2016, mot 347 i 2018. At dette har endret seg i forbindelse med lovendringen betyr dog ikke at det er en årsakssammenheng der.

På Lovisenberg DPS, slik vi ser av Jacob sin studie (2019), er tvang uten døgnopphold (TUD) gått drastisk ned i omfang. Det som er fint å registrere, er at mange av pasientene nå frivillig

oppsøker den hjelpen de fikk på tvang tidligere. En nedgang i TUD var også en sannsynlig følge av lovendringen, ifølge Syse, se pkt. 2.2.3.

Ser man på rater for tvangsinnleggelse, altså antall i forhold til innbyggertall, finner vi at antall innleggelse i forbindelse med lovendring var gått ned i Østfold, sammenlignet med en tilsvarende periode i 2010 (figur 4, pkt. 2.4). Imidlertid ser man i figur 1 (pkt. 2.4) at Østfold senere har hatt en økning, som nok også er større enn hva en eventuell befolkningsvekst skulle tilsi. Ved Lovisenberg holder antall tvangsinnleggelse seg på samme nivå, eller øker svakt. Høsten 2017, da lovendringen kom, så man en nedgang ved begge sykehus, men denne var forbigående. Figur 2 under pkt. 2.4 bekrefter at antall tvangsinnleggelse ved Lovisenberg holder seg på samme nivå, eller øker svakt. Jeg har ikke hatt tilgang til data for antall liggedøgn på tvungen paragraf, og kan derfor ikke si noe om dette.

Hvorfor går ikke antallet tvangsinnleggelse ned, slik lovgiver ønsker? Manglet de fleste samtykkekompetanse av dem som ble lagt inn på tvang før lovendringen også?

Paulsrudutvalget så det som sannsynlig at forslaget deres i utgangspunktet ville føre til færre tvangsinnleggelse en det som fulgte av daværende lovverk og praksis (se pkt. 2.2.1).

Paulsrudutvalget understreker at konsekvensene av å innføre et kompetansebasert system for tvungent psykisk helsevern vil komme an på hvor terskelen for samtykkekompetanse vil ligge (NOU 2011:9, s. 218). Syse (2018, s. 242) skriver at en lojal praktisering av reglene kommer an på en holdningsendring i fagfeltet. Oppfatningen om hvem som skal tvangsinnlegges må endres hos vedtaksfatterne, og han mener det *kan* bli en utfordring. Helsepersonell må akseptere at pasientene gjør valg som avviker fra det vi tenker er det beste for dem.

I studien får jeg inntrykket av at man vurderer samtykkekompetanse i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet. Man opphever tvang når man ser pasienten gjenvinner samtykke, eller når man ikke kommer noen vei juridisk. Kanskje var det slik at samtykkekompetente pasienter stort sett ikke fikk tvungent psykisk helsevern før lovendringen? I studien kommer det frem at man egentlig begynner å merke at det ikke er så stor forskjell i praksis på hvem som legges inn på tvang og ikke. Dette sett bort fra at terskelen for å få lagt inn maniske pasienter er blitt høyere. Hva vil skje dersom det ikke skjer noe med antall tvangsinnleggelse over tid? Kan politikerne bare bestemme at det ikke er behov for tvang lenger? Det er usikkert hvor lenge dagens psykisk helsevernlov vil gjelde, jf. NOU 2019:14, som omhandler ny tvangsbegrensningslov.

Dersom tvangspasienten gjenvinner samtykkekompetanse, kan han eller hun velge å skrive seg ut. Behandlingsforløpet kan bli kortere enn optimalt, sett fra helsepersonellens side. I materialet uttrykkes det bekymring for at pasienten kanskje må innom psykisk helsevern flere runder enn før, altså flere innleggelses. Har vi imidlertid flere tilbakefall nå, flere reinnleggelses? På Lovisenberg er antall reinnleggelses som før lovendringen, se figur 3 under pkt. 2.4. Det er usikkert hva det kan skyldes. Kanskje skrives ikke pasienten så mye tidligere ut nå enn før? Er det på grunn av en høyere terskel for tvangsinnleggelse? Deltagere i studien opplevde pasientene som sykere enn før lovendringen, men det er vanskelig si dette sikkert, når man for eksempel ikke har gjort noen systematisk funksjonsskåring av pasientene. Er behandlingstilbudet ute blitt bedre? På Lovisenberg DPS er mange tidligere tvangspasienter tilknyttet dem frivillig nå. Kanskje klarer pasientene seg bedre når de kan få et tilbud ute, som er tilgjengelig og selvvalgt?

Det ble kommentert som betenkelig at pasienter med alvorlig psykisk lidelse, uten samtykkekompetanse, ikke skal kunne få en frivillig innleggelse dersom de ønsker det. Disse pasientene må få behandling med tvang, i hvert fall juridisk sett, og dette blir det ikke mindre tvang av. Man kan også spørre seg om hva dette gjør med pasientens tillit til helsevesenet, når han eller hun oppsøker hjelp frivillig, og det likevel blir fattet vedtak om tvang. Her er altså psykisk helsevern ikke helt sidestilt somatikken, jf. omtale av pasient- og brukerrettighetsloven i pkt. 2.2.3. Hvorfor bør det være annerledes i psykisk helsevern? Hellevik et al. (2019) spør seg om denne regelen bør «[...] nyanseres og harmoniseres med somatikken», og viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, som sier at ansvarlig helsepersonell kan beslutte helsehjelp hvis det ikke foreligger motstand.

Det er et vilkår i loven at frivillighet skal være forsøkt før man etablerer tvang. Samtidig må vilkår om manglende samtykkekapasitet også være oppfylt for å etablere tvang. Loven sier imidlertid at man ikke kan benytte frivillighet dersom pasienten mangler samtykkekompetanse. Vilkåret i loven om å forsøke frivillighet virker derfor å være overflødig. Det vil det imidlertid ikke være dersom ansvarlig helsepersonell kunne beslutte helsehjelp, når det ikke foreligger motstand, og da ville man også oppnådd mindre formell tvang. Et argument imot dette kan være at pasienten fullt ut skal forstå konsekvensene av sine valg dersom han eller hun er samtykkekompetent. Hvis ikke, så kan ikke pasienten ta et reelt valg.

I materialet kommer det frem at helsepersonellet i større grad informerer og snakker med pårørende nå enn før lovendringen. Helsedirektoratet (se pkt. 2.2.3) kommenterer at det er

viktig at pårørende blir involvert, fordi terskelen for tvangsinnleggelse har økt, og det vil kunne gjøre det vanskeligere å være pårørende. Det var ingen endringer i psykisk helsevernloven som endret på pårørendes rettigheter. Pårørende har hele veien hatt rett til å uttale seg før det fattes tvangsvedtak, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Pårørende fikk imidlertid styrket sin rett til informasjon og medvirkning, fordi de skal få det når pasienten vurderes ikke samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3. Flere pasienter jeg har møtt i praksis opplever at det har blitt tatt for mye hensyn til hva deres pårørende sier, og jeg har sett at det kan sette forholdet mellom pasient og pårørende på prøve. Pårørende er som oftest en viktig ressurs for pasienten, men slik jeg opplever det, ofte positive til tvang. Dette kan derfor være en vanskelig balansegang, og vanskelig for helsepersonell å ta stilling til.

Terskelen for innleggelse har økt. Gjør denne lovendringen at samfunnet må akseptere større risiko for vold fra psykisk syke pasienter? Flere drap? Hva tåler samfunnet? Vil politikerne i samme grad stå opp for pasientautonomi dersom flere nye «trikkedrap» skulle skje?

Legeforeningen uttalte i sitt høringssvar til Paulsrudutvalget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 22) at innføring av en kompetansebasert modell, ved siden av å kunne gi dårligere behandlingsutsikter, også vil kunne «[...] medføre økt forekomst av alvorlig vold og alvorlig suicidaladferd». I denne studien ble det sagt at det i hvert fall er skjedd et drap i Norge, etter lovendringen, av en person som ikke ble tvangsinnlagt, fordi legevakten mente vedkommende var samtykkekompetent. I forbindelse med lovendringen er det imidlertid *ikke* gjort noen endring når det gjelder muligheten til å etablere tvungent psykisk helsevern overfor pasienter som er til fare for andre, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Paulsrudutvalget vurderte at farevilkåret sjelden brukes som eneste grunnlag for etablering av tvungent psykisk helsevern (før lovendringen). De påpeker at vilkåret om fare for andre og behandlingsvilkåret gjerne kan være oppfylt samtidig. I disse tilfellene mener de at man har foretrukket å bruke behandlingsvilkåret for å begrunne tvungent psykisk helsevern, og at man har gjort dette fordi det er mindre stigmatiserende. Paulsrudutvalget sier man derfor ikke helt vet hvor ofte farevilkåret egentlig har vært oppfylt (NOU 2011:9, s. 176-177). Utvalget sa det derfor er sannsynlig at tvang begrunnet med fare vil kunne øke i forbindelse med en lovendring (NOU 2011:9, s. 180). Pignatiello (2018) kommenterer at man på Lovisenberg har sett en liten reduksjon i bruk av farevilkåret etter lovendringen, så her har man ikke sett det. Hun påpeker at det tar lang tid å få utdypende informasjon om voldshistorikk fra politiet, og at det derfor er viktig å innhente opplysninger

så tidlige som mulig fordi innleggelsene blir kortere. Hun sier ikke om de er blitt kortere på grunn av overgangen til kompetansebasert system, men viser til et høyt press på klinikkens plasser.

6 Avslutning

Denne kvalitative masteroppgaven i psykisk helsearbeid har følgende problemstilling:

«Hvilken erfaring har spesialisthelsetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for tvungent psykisk helsevern?»

Hovedfunnene i studien, og svar på problemstillingen, er at vurderinger av samtykkekompetanse kan være komplekse og arbeidskrevende, samt at pasientens rett til selvbestemmelse byr på etiske utfordringer for helsepersonellet. Medisin og helsefag kommer i konflikt med jussen. Vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med mani oppleves spesielt utfordrende. På grunn av lovendringen trengs det mer tid til dokumentasjon, og derfor blir det mindre tid til pasientkontakt for leger og psykologer.

Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet var lovendringens intensjon. Det er usikkert om lovendringen har ført til mindre tvang, men pasientens rettsikkerhet antas å ha økt. Kanskje gir lovendringen mindre tvang på noen områder, og mer på andre. Kanskje er det egentlig ikke så stor forskjell på hvem som legges inn nå sammenlignet med før lovendringen. Det er ingen opplevd økning i bruken av farekriteriet som begrunnelse for tvungent psykisk helsevern, men man vurderer det i større grad nå enn før.

Det er en opplevelse av at det er sykere pasienter som legges inn nå enn før lovendringen. Man merker at terskelen for tvang er økt. Det oppleves at pasienter ofte skrives ut fra sykehus tidligere i behandlingsforløpet sammenlignet med før. Det er vanskelig å se på at pasienter ikke får optimal behandling for sin lidelse. Pasientens rettsikkerhet antas å ha økt. Pasientrettigheter og rettsikkerhet er styrket, men ofte på bekostning av optimal behandling og pasientens omgivelser.

Lovendringen har ført til mer samarbeid med pårørende. Det oppleves som positivt at dette er pålagt, da det ikke kan prioriteres bort. Det er en opplevelse av mer fortvilte pårørende etter lovendringen.

Flere deler bekymringen om at man vil kunne se flere alvorlige hendelser, for eksempel drap, på grunn av lovendringen. Det antas at flere psykotiske mennesker går ute i samfunnet nå, og at samfunnet derfor aksepterer større risiko for dette. Flere tror denne lovendringen bare er den første av flere som vil gå i retning av mer pasientautonomi og detaljstyring av helsepersonells yrkesutøvelse. Det oppleves at tillitten til helseprofesjonene er mindre.

Lovendringen fører sannsynligvis både godt og negativt med seg. Foreløpig er det ikke store endringer i bruken av tvang ved døgnposter på sykehusene Lovisenberg og Østfold, mens bruk av tvang uten døgn ved Lovisenberg synes å ha gått en del ned. Antall reinnleggelser ved døgnpostene på Lovisenberg er uendret. Det er usikkert hvor representativt dette er for hele landet.

Alt dette er erfaringskunnskap fra klinisk arbeid i psykisk helsearbeid, og materialet viser at kunnskap om lovverk og etisk bevissthet er viktig for alle yrkesutøverne i feltet. Uansett hva loven sier om bruk av tvang, vil det alltid være nødvendig for helsepersonell å reflektere etisk rundt dette. Det er krav til skjønnsomme vurderinger, og det er gjerne ikke noe enkelt svar på hva som er best.

Hva bør det forskes mer på når det gjelder denne lovendringen? Jeg tenker det er viktig å få høre hva pasientene opplever, likeså de pårørende. Og hva erfarer kontrollkommisjonene? Hvordan er det for dem å ta stilling til samtykkekompetanse? Hvorfor går ikke antall tvangsinnleggelser ned? Har ikke praksis endret seg slik lovendringen forutsetter? Hvordan har lovendringen påvirket praksis i førstelinjetjenesten? Det kan være interessant å se på om lovendringen vil påvirke omfanget av alvorlig vold utøvd av psykotiske gjerningspersoner, ettersom dette var en uttalt bekymring før loven tredde i kraft. Uansett er det ikke sikkert dagens lov får leve lenge, ettersom en offentlig utredning om ny tvangsbegrensningslov ble publisert sommeren 2019. Noen av disse spørsmålene vil imidlertid kanskje fortsatt være relevante.

Referanser

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed. utg.). New York: Oxford University Press.
- Bellhouse, J., Holland, A., Clare, I., Gunn, M. & Watson, P. (2003). Capacity-based mental health legislation and its impact on clinical practice: 1) admission to hospital. *2014*, (9), 15. <https://doi.org/10.19164/ijmhcl.v0i9.294>
- Bjerke, E., Gjelstad, K. & Ruud, T. (2019). Færre tvangsinngelgelser i psykisk helsevern? *Den norske legeforening*, 138(4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0657>
- Brun, M. K., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2017). Tvangsmedisinering i psykisk helsevern ; en systematisk litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(2), 186-195.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., ... Hotopf, M. (2005). Reliability of mental capacity assessments in psychiatric inpatients. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 187(4), 372 - 378. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.187.4.372>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (2015). Ethiske regler for leger. Hentet 29.09.2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- European Union. (2016). Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation). Hentet 24.10.19 fra <https://gdpr-info.eu/>
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument. Hentet 29.09.2019 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- FN-sambandet. (2019). Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Hentet 28.08.19 fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>

- Fønhus, M. S. (2019). Kunnskapsbasert praksis og politikktutforming. Hentet 29.10.19 fra <https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kunnskapsbasert-praksis-og-politikktutforming>
- Førde, R., Nortvedt, P., Pedersen, R. & Hem, M. H. (2017). Skjønn, usikkerhet og ydmykhet i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (1. utg., s. 41-53). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gisle, J. (2018). Personvernforordningen. Hentet 24.10.19 fra <https://snl.no/Personvernforordningen>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R. & Molewijk, B. (2017). Systematisk refleksjon over etiske problemstillinger. I P. Nortvedt & R. Pedersen (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 320-348). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grisso, T. & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment : a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press.
- Hellevik, V., Skui, H. & Valle, A. L. (2019). Psykotiske pasienter har rett til behandling – frivillig og under tvungent psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0918>
- Helmers, A.-K. (2017). Endringer i psykisk helsevernloven: – Frykter det blir en tyngre bær for pårørende. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/08/frykter-det-blir-en-tyngre-bor-parorende>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)* Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Prop. 147 L (2015–2016) - Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)* (Prop. 147 L (2015–2016)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsebiblioteket. (2019). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 29.10.19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2009). *Vurdering av behandlingstilskåret i psykisk helsevernloven - Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer* (IS-1/2017). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

- Helsedirektoratet. (2018). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (IS-8/2015). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer#!>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonale kvalitetsindikatorer - Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. Hentet 05.10.19 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725
- Hofmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien*, 90(17), 39-44. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0048>
- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (1. utg., s. 190-209). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacob, A. (2019). Når lovgivning gir praksisendring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(7), 514-519.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lepping, P., Stanly, T. & Turner, J. (2015). Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clinical Medicine*, 15(4), 337-343. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-4-337>
- Magelsen & Pedersen. (2017). Hva er etikk? I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (1. utg., s. 19-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. & Skålevåg, S. A. (2016). Psykiatri. I P. Aslaksen (Red.), *STORE MEDISINSKE LEKSIKON*. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykiatri>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Molven, O. & Gisle, J. (2018). Rettssikkerhet. I J. Gisle (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/rettssikkerhet>
- Norsk psykologforening. (2019). Fakta om psykiske lidelser. Hentet 28.03.19 fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 29.09.2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2019:14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- O'Brien, A. J. (2010). Capacity, consent, and mental health legislation: Time for a new standard? *Contemporary Nurse*, 34(2), 237-247.
<https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.237>
- Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R. & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry*, 191, 291-297.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.035162>
- Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R. & Hotopf, M. J. T. B. J. o. P. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: systematic review, 191(4), 291-297.
- Owen, G. S., Richardson, G., David, A. S., Szmukler, G., Hayward, P. & Hotopf, M. J. B. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study, 337, a448.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63 Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 153-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Personvernloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Pignatiello, S. E. (2018, 23.10.2018). *Refleksjoner rundt erfaringer med vurdering av samtykkekompetanse*. Innlegg presentert ved Akuttnettverkssamling oktober 2018, Holmen Fjordhotell. Abstract hentet fra <https://www.akuttnettverket.no/file/pignatiello-refleksjoner-rundt-erfaringer-med-vurdering-av-samtykkekompetanse.pdf>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Statistikkbanken, tabell 10826. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10826/>
- Stensrud, B., Høyser, G., Granerud, A. & Landheim, A. S. (2015). "Life on Hold": A Qualitative Study of Patient Experiences with Outpatient Commitment in Two Norwegian Counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 209-216. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.955933>
- Storvik, M. & Førde, R. (2018). Tvang. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/tvang>
- Syse, A. (2016). Tvungen psykisk helsevern ; enkelte kommentarer. *Kritisk juss*, 42(4), 278-300.
- Syse, A. (2018). Store endringer i psykisk helsevernloven. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(02-03), 236-243. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-14>
- Thurén, T., Gjerpe, K. & Gjestland, D. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). RAMMEPLAN OG FORSKRIFT FOR VIDEREUTDANNING I PSYKISK HELSEARBEID 60 studiepoeng. Hentet 19.04.2015 fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269395-rammeplan_for_psykisk_helsearbeid_05.pdf

Vollan, M. & Thonhaugen, M. (2017, 06.10.17). Politiet frykter mer vold etter lovendring.

NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/politiet-frykter-mer-vold-etter-lovendring-1.13721087>

World Health Organization. (2014). Mental health: a state of well-being. Hentet 28.03.19 fra

https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvilke erfaringer har spesialisthelsetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern?»

Alder, bakgrunn, erfaring og stilling?

- **Hvilke positive erfaringer har du med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for TPH?**
 - Opplever du at rettsikkerheten er blitt bedre for pasienten? Er det flere klager som tas til følge?
- **Hvilke negative erfaringer har du med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for TPH?**
 - Hva betyr dette for pasientens pårørende?
 - Er det blitt vanskeligere/mer jobb å gjøre vedtak? Hvordan vurderes samtykkekompetanse?
- **Hva kan du si om praksis nå i forhold til tidligere, da fravær av samtykkekompetanse ikke var et vilkår for TPH?**
 - Kortere/lengre innleggelser?
 - Mer bruk av farekriteriet?
 - Ser du noen etiske konsekvenser som følge av dette?
 - Flere som skrives ut frivillig?
- **Hva ser du av utfordringer/muligheter fremover med tanke på dette?**
 - Mer eller mindre tvang?
- **Er det noe du vil føye til?**

Vedlegg 2 – Informasjon og samtykkeskjema til deltagere

Informasjon og samtykkeskjema til informanter i forbindelse med masteroppgave i psykisk helsearbeid for Anders Hamre ved Høgskolen i Innlandet 07.10.18

I dette skrevet gis informasjon om målene for prosjektet «Erfaringer med manglende samtykkekompetanse som vilkår for etablering TPH», og hva deltakelse vil innebære for deg.

Dette prosjektet er en mindre kvalitativ studie hvor jeg intervjuer helsepersonell for å se hva slags erfaringer man har med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern. Planen er å intervjuer åtte personer som jobber i psykisk helsevern, og minst halvparten av informantene skal jobbe som spesialister.

Problemstillingen for oppgaven er:

«Hvilke erfaringer har spesialisthelsetjenesten gjort seg med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern?»

Det gjøres lydopptak under intervjuene, og disse blir transkribert av undertegnede. Den transkriberte teksten vil bli anonymisert. Det vil si at navn, sted og andre identifiserbare opplysninger vil bli fjernet. Transkribert tekst vil bli slettet når sensuren på oppgaven er falt. Personidentifiserende opplysninger skal ikke fremkomme i oppgaven. Anslått varighet på intervjuet er 30-45 minutter.

Som informant står du fritt til å trekke ditt samtykke frem til analysearbeidet er avsluttet, det vil si innen 15.02.19. Du trenger ikke oppgi noen grunn til dette. Lydopptak vil da bli slettet, og det er ingen negative konsekvenser ved å trekke seg.

Vedrørende personvern

NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) anser ikke dette prosjektet som meldepliktig. Høgskolen i Innlandet, ved førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug, har godkjent NSD sitt svar. For å ivareta ditt personvern vil alle opplysninger om deg bli behandlet slik det er beskrevet ovenfor. Utgangspunktet er at opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke. Lydopptakene vil kun bli benyttet til prosjektet. Lydopptakene behandles konfidensielt og vil lagres på egen diktafon og på høgskolens server. Oppgaven skal etter planen avsluttes 2. mai 2019. Lydopptak/personopplysninger slettes/makuleres når sensuren på oppgaven er falt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet v/ førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug, fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt for helsefag.

Dersom du lurer på noe kan du rette spørsmål til meg, eller til min veileder Sigrid Helene Kjørven Haug. Du som informant vil få tilsendt masteroppgaven etter at den er vurdert av utdanningsinstitusjonen, dersom du er interessert i det.

Vennlig hilsen
Anders Hamre

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masteroppgaven/prosjektet til Anders Hamre ved Høgskolen i Innlandet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles i tråd med det som er beskrevet i informasjonsbrevet frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)