



# Vurdering av samtykkekompetanse, tvang, etikk og juss

Reidar Pedersen

Senter for medisinsk etikk, UiO



- Hva betyr samtykkekompetanse?
  - Etikk
  - Juss
- Verktøy for vurdering av samtykkekompetanse
- Hva vet vi om samtykkekompetansen til pasienter med psykiske lidelser?



# Informert samtykke og selvbestemmelse i klinisk praksis

- Hva forutsetter et gyldig samtykke?
  - Informasjon
  - Samtykkekompetanse
  - Frivillighet



- Autonomi
  - Eget ønske/informert samtykke
  - Forhåndsønsker/representant
  - Helsepersonells vurdering av pasientens individuelle ønsker
- Velgjørenhet
- Ikke-skade
- Rettferdigeht



# Hvorfor skal vi vurdere samtykkekompetanse?

- For å ta gode beslutninger
  - For å informere og inkludere pasienten på en riktig måte
  - For å involvere pårørende på en riktig måte
  - For å inkludere kollegaer/annet helsepersonell på en riktig måte
  - For å vite hvem som bør bestemme hva
- For å kunne ta i bruk kapittel 4A som åpner for tvang også i somatikken + nytt lovverk i psykisk helsevern



# Om å vurdere samtykkekompetanse

## § 4-3

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse, og
- b) personer mellom **16** og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art.

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

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd.



# Hva er samtykkekompetanse?

- Aldersgrense vs. kompetanse/evne til å ta en meningsfull beslutning

Tester for samtykke**kompetanse** fokuserer som regel på følgende fire områder (**farv**):

- evnen til å **forstå** informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å **anerkjenne** denne informasjonen i sin egen situasjon
- evnen til å **resonnere** med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et **valg**



# Generelt om å vurdere

- *status, outcome and functional approach*
- Må vurderes konkret
- Svinger
- Vurder pasienten på sitt beste hvis mulig å vente
- Er det forhold som kan avhjelpes?
- Forutsetter god informasjon på forhånd – ikke en muntlig eksamen





# Noen misforståelser

- ”pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse”
- ”pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse”
  - Psykiatri versus somatikk?
- ”når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger”
- ”mangel på samtykkekompetanse er permanent”



# Forstå

- Be pasienten beskrive sin forståelse av informasjonen som er gitt – f.eks. hva som er galt, hva som er den mest aktuelle behandlingen, virkning/bivirkninger?



# Anerkjenne

- Hva du tenker om din situasjon/tilstand?
- Hva tror du kan hjelpe deg?
- Hva tror du vil skje med deg hvis du sier ja til den behandlingen som vi anbefaler? Hvis du sier nei?



# Resonnere

- Hvordan vurderer du fordelene opp mot ulempene ved behandlingen?
- Fordeler/ulemper sammenlignet med andre alternativer?
- Hva er dine viktigste grunner for å ville/ikke ville ha den behandlingen/hjelpen vi anbefaler?



# Utrykke et valg

- Hva slags hjelp tenker du er best for deg?
- Hva slags hjelp ønsker du/ønsker du ikke?



# Verktøy

## Systematiske oversikter

- Dunn et al 2006, Okai et al 2007, Sessums, 2011
- flere titalls verktøy som er utviklet eller testet spesielt for å kunne bruke i møte med pasienter med psykiske lidelser når de skal ta stilling til om de ulike former for helsehjelp.



# Innhold

- varierer noe, de fleste inkluderer alle dimensjonene og alle verktøyene inkluderer en vurdering av pasientens forståelse (understanding).
- mange av verktøyene er laget for å bruke i konkrete beslutningssituasjoner sammen med pasienten og forutsetter at pasienten får informasjon om diagnose, prognose og mulig behandling + forsøke å få rede på hva pasienten tenker om det samme, hva pasienten ønsker eller ikke ønsker av helsehjelp og pasientens begrunnelser for dette.



# Mer om verktøyene

- Alle verktøyene gjør bruk av strukturerte eller semistrukturerte intervju.
- Krever noe opplæring, øvelse og forberedelse
- 10-30 minutter +++
- Flere: høy grad av "inter-rater reliabilitet" ( $\geq 0,80$ )
- Ikke en gullstandard. Forutsetttter skjønn





# Noen kommentarer

- Tendens uten systematikk/verktøy: flere pasienter blir vurdert til å ha beslutningskompetanse - spesielt hvis pasienten samarbeider eller samtykker
- Paternalisme i vitenskapelig forkledning/satt i system? Ikke verdifrie vurderinger, men kan gi bedre kommunikasjon og større fokus på verdier og begrunnelser
- Suicidalitet og alvorlig spiseforstyrrelser – spesielt utfordrende (fare for eget liv – unntak ift. lovendring)
- Fare for andres liv eller helse – også unntatt



# ACE

- oversatt og fritt tilgjengelig (SME)
- <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etik-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/ace2012.pdf>
- Ikke validert i psykiske helsetjenester
- Prøvd ut/tilpasset i minst et HF innenfor psykisk helsevern



# MacCAT-T

- Oversatt til bruk i forskning (SME)



# Forskning om pasienter innen psykisk helse sin samtykkekompetanse

- Ikke diagnosebestemt
- Må vurderes konkret og individuelt
- Ikke det samme som innsikt eller kognitiv svikt, men stor korrelasjon
- Ulike instrumenter, MacCAT-T mest brukt
- Ulike settinger/lovverk
- Flere systematiske oversikter (Okai et al, 2007, Hindmarch et al., 2013, Lepping et al 2015, Spencer et al, 2017, Wang et al. 2017).



# Generelt

- majoriteten av innlagte psykiatriske pasienter blir vurdert til å være samtykkekompetente i vitenskapelige studier, men mangel på beslutningsevne er hyppig forekommende (ca 30 %)
- Mangel på beslutningsevne synes å være nesten like vanlig blant pasienter som er innlagt i medisinsk avdelinger (Raymont et al., 2004; Lepping et al 2015 (34 vs. 45 %))
- Eldre pasienter mangler oftere samtykkekompetanse
- psykose, symptomenes alvorlighetsgrad, tvangsinnleggelse og motstand mot behandling er de viktigste "risikofaktorene" for mangel på beslutningskompetanse



# Pasienter innlagt på tvang

- 15-20 % av disse pasientene er i stand til å ta beslutninger om gitte former for helsehjelp selv (Bellhouse, Holand, Clare, Gunn & Watson, 2003; Cairns, Maddock, Buchanan, David, Hayward, Richardson et al. 2005; Owen et al., 2009).
- Pga noe varierende lovverk mellom ulike land er det også vanskelig å slutte fra studier fra andre land i disse spørsmålene.
- Italia: 22 % (Mandarelli et al, 2017; akutt behandlingsbehov) – 85 % schizofreni og/eller bipolar lidelse – pasienter med bipolar lidelse oftere samtykkekompetente (32 vs. 9 %)
- TUD – trolig høyere andel



# Frivillig innlagte pasienter

- 20-40 % vurdert til å mangle beslutningskompetanse
- Viktig gruppe: Eldre pasienter med kognitiv svikt og «ikke-alvorlig» sinnslidelse



# Pasienter med schizofreni/psykose

- 48 % av innlagte pasienter var samtykkekompetente (Spencer et al, 2017) – store variasjoner (26-67 %) – avhenger bl.a. av kontekst (mange ulike studiepopulasjoner)





# Pasienter med depresjon

- Store variasjoner – avhenger av alvorlighet av sykdom og om samtykkekompetanse vurderes systematisk eller ikke (Hindmarch et al, 2013)
- Innlagte pasienter: 20-30 % mangler samtykkekompetanse for viktige behandlingsbeslutninger



## Noen referanser om samtykkekompetanse

- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. New York: Oxford University Press, 1998
- Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating capacity in practice. Am Fam Physician 2001; 64: 299-306.
- British Medical Association and The Law Society. Assessment of mental capacity. London: BMJ Books, 2004.
- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA et al. Ten myths about decision-making capacity. J Am Med Dir Assoc 2004; 5: 263-7.