



SAMTYKKEKOMPETANSE – SJELDEN ENTEN ELLER

Må vurderes. En pasient kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, og ikke i andre.

DOKUMENTASJONSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55646



Ingunn Thoen,
sykepleier og
avdelingsleder,
St. Hansåsen
sykehjem, Pors-
grunn kommune

Hensikten med denne artikkelen er å formidle en praktisk og nyttig måte å dokumentere vurderingen av samtykkekompetanse på hos pasienter med demens. Pasienter med demens får etter hvert redusert samtykkekompetanse. Slik beskrives det i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5:

«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. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp.» (1)

BAKGRUNN. Vurdering av samtykkekompetanse var en del av arbeidet for å forbedre dokumentasjonen på en skjermet avdeling ved St. Hansåsen Utviklingssenter for sykehjem i Telemark. Vi fant ingen verktøy eller beskrivelser av hvordan samtykkekompetanse skulle vurderes for pasienter med demens i skjermet avdeling. Vi ønsket derfor også å få mer klarhet i dette.

Det er sjelden et spørsmål om

pasienter med demens har eller ikke har samtykkekompetanse. Vår erfaring er at de fleste pasienter har samtykkekompetanse i noen situasjoner og redusert, eller ikke i det hele tatt, i andre. Dette gjør vurdering av samtykkekompetanse til en krevende øvelse. Lovverket gir ingen enkle løsninger.

Vi ønsker å formidle en mulig måte å jobbe med dette på og har landet på at vurdering av samtykkekompetanse ikke lenger skal være et punkt på tiltaksplanen, men en integrert del av den.

UTFORDRINGENE. Hos pasienter som får vedtak om langtidsopphold på en skjermet enhet, må samtykkekompetansen deres vurderes. Men vi så på hva som skulle tas med i vurderingen og hvordan vi skulle dokumentere dette som en utfordring. Vi visste at samtykkekompetansen skulle vurderes (1), men vi hadde ikke noe godt verktøy. Enten ble det gjort altfor lett-vint, eller det var en stor jobb å prøve å tenke ut alt man måtte vurdere for å gjøre det godt nok.

INSPIRASJON. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo arrangerte høsten 2013 et kurs i samtykkekompetansevurdering med professor i psykiatri Paul Appelbaum. Appelbaum presenterte et verktøy som kunne brukes i

samtykkekompetansevurderingen, men dette passet ikke til vår pasientgruppe. Vi fikk imidlertid en klar forståelse av at man ikke burde vurdere samtykkekompetansen generelt, men i forhold til hver enkelt situasjon. Er konsekvensene av valget pasienten skal ta store, stilles det større krav til samtykkekompetansen enn om det ikke har så store konsekvenser.

I NOU-rapporten om økt selvbestemmelse og rettssikkerhet fra 2011, står det blant annet:

«Selv om pasienten har redusert samtykkekompetanse på ett område, innebærer dette ikke at vedkommende automatisk mangler samtykkekompetanse på andre områder. Det er forståelsesevnen og evnen til å kunne treffe en beslutning med hensyn til den konkrete helsehjelpen som skal vurderes. Det er derfor i utgangspunktet ikke adgang til å treffe en avgjørelse om manglende samtykkekompetanse en bloc.» (2)

MULIG VEI. Pleieplan eller tiltaksplan skal være en god beskrivelse av den helsehjelpen pasienten skal ha. Ved at vurderingen blir gjort ut ifra hver enkelt situasjonsbeskrivelse, blir den en mer aktiv del av planen og helsehjelpen som gis. Vurderingen vil dermed også danne grunnlaget for hvordan tiltaket blir utformet. Dette gir oss en god forståelse

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med demenssykdom i sykehjem bør gjøres i forhold til hver enkelt situasjon. Dette vil styrke pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det vil også være en hjelp for helsepersonell til å gi pasienten individuell behandling og pleie.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Samtykkekompetanse
- Demens
- Etikk
- Sykehjem



Vurdering: Det kan være nødvendig å bruke tvang, men det avhenger av hvor alvorlige beslutninger som skal tas. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.

av hvilke ressurser pasienten har, og det blir tydeliggjort hva pasienten kan samtykke til og hvilke valg han eller hun må få ta selv. Det blir også lettere å tilpasse vurderingen til den enkelte pasient og unngå for mange generelle formuleringer og standardvurderinger.

I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse legger man vekt på pasientens evne til å uttrykke et valg. Videre legger man vekt på pasientens evne til å forstå informasjon, evnen til å anerkjenne informasjonen som relevant og evnen til å resonnerer, gjøre avveininger og ta beslutninger omkring sin egen situasjon. (Se faktaboks på neste side.)

I sjeldne tilfeller kan pasienten ha samtykkekompetanse på alle områder eller ikke på noen. Da vil det være aktuelt å gjøre en generell samtykkekompetansevurdering.

EKSEMPEL PÅ VURDERINGER.

En pasient lukker av og til munnen når hun får medisiner. Kan dette tolkes som at hun ikke vil ha medisiner?

I denne konkrete saken gjorde vi følgende vurdering: «Pasienten uttrykker ved handling (og unntaksvis) ord at hun vil ha eller ikke vil ha medisiner. Hun er imidlertid ikke i stand til å forstå informasjon knyttet til medisinenes virkning, eller hvilken relevans dette måtte ha

«I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse legger man vekt på pasientens evne til å uttrykke et valg.»

for henne. I situasjoner der pasienten ikke vil ha medisiner, tolkes dette mer som at hun ikke ønsker å åpne munnen for å få noe inn, enn at det er et nei til å ta medisiner. Det er derfor ikke noe i veien for å administrere medisiner på andre måter enn per os såfremt hun ikke motsetter seg dette.»

I vurderingen legges det vekt på at i dette tilfellet dreier det seg om smertestillende og pasienten har

uttalt smerteproblematikk. Det kan derfor være godt for pasienten å få medisiner som lindrer smertene.

Et annet eksempel er et tilfelle der man hadde store utfordringer med å få gjennomført en tilfredsstillende hygiene hos pasienten. Før pasienten kom til oss fikk vi rapport om at vi nok burde lage et tvangsvedtak om dette. Vi hadde også noen runder med prøving og





feiling, men etter hvert har vi funnet fram til flere tillitsskapende tiltak som fungerer.

På veien vurderte vi også samtykkekompetansen: «Samtykkekompetanse i forhold til personlig hygiene: Hun har evne til å forstå at vi ber henne vaske seg, men har ingen innsikt i at dette er noe hun trenger å gjøre. Har forestilling om at hun stadig vasker seg hver dag hjemme. Skjøner ikke og merker ikke at hun kan lukte vondt, at hun kan ha urin og avføring i bukse og at dette kan medføre helse-skade over tid. Har ikke innsikt i at hun har moderat grad av apraksi og kan trenge noe hjelp i stellsituasjonen. Hun har evnen til å uttrykke hva hun vil, men dette bygger ikke

Fakta

Samtykkekompetanse

For å beskytte pasientens rett til å ta meningsfulle valg og styrke pasientrettighetene, er det viktig med en god vurdering av samtykkekompetanse. I tråd med dette må samtykkekompetanse forstås som spesifikk, d.v.s. i forhold til en bestemt oppgave/type hjelp/valg, og til en bestemt tid. Man må også ha i bakhodet at jo mer alvorlig konsekvensene av valget blir, jo strengere krav må stilles til samtykkekompetansen eller beslutningskompetansen. Er konsekvensene små, legges det større vekt på pasientens rett til selv å velge. I vurderingen legges vekt på:

- **Å velge:** Pasientens evne til å gi uttrykk for et valg.
- **Å forstå:** Pasientens evne til å forstå informasjonen om sykdommen og behandlingsoptionene, med deres fordeler og risikoer.
- **Å anerkjenne:** Pasientens evne til å anerkjenne informasjonen og forståelsen som relevant for sin egen situasjon.
- **Å resonnerere:** Pasientens evne til å anvende informasjonen, gjøre avveininger mellom alternativene, for å ta beslutninger omkring sin egen situasjon.

på en forståelse av de faktiske forhold, men mer på hvordan situasjonen var mange år tilbake.»

I behandlingen av pasienten har vi ingen intensjon om å rokke ved pasientens virkelighetsforståelse. Tiltaket inneholder derfor flere handlingsalternativer for hvordan man kan nærme seg pasienten uten at det går utover hennes verdighet, men på en måte som gjør at hun vil ta imot hjelp. Når hun ikke har innsikt i eller kapasitet til å forstå at hun er inkontinent, har det heller ingen hensikt å gjøre henne oppmerksom på dette. Dette vil bare krenke henne og føre til at hun blir sint.

I mange situasjoner vil vurderingen være enklere. Det kan være så enkelt som å si at pasienten har samtykkekompetanse. Eller det kan være en vurdering av at samtykkekompetansen mangler eller er redusert, men der situasjonen ikke er utfordrende: «Samtykkekompetanse: Uttrykker sjelden selv at hun har behov for søvn eller hvile. Kan svare ja på forespørsel, men usikkert om det er et bevisst svar. Er ikke i stand til selv å ta initiativ til nok søvn eller hvile, men tar imot hjelp til å få lagt seg.»

VAKSINE – NEI TAKK. Da tilbudet om å ta influensavaksine kom på høsten, gjorde vi en vurdering som førte til at noen pasienter selv ble spurt om de ønsket vaksine, mens hos andre forhørte vi oss med pårørende. Her er to eksempler: «Pasienten er blitt spurt om influensavaksine. Hun sier hun ikke har vært syk og ønsker ikke å ta denne. Samtykkekompetanse: Pasienten skjønner spørsmålet og uttrykker et klart valg i forhold til dette. Noe usikkert om hun kan forstå endringer i egen tilstand og gjøre vurderinger på bakgrunn av dette. Men på bakgrunn av tidligere holdninger, konsekvenser av å ta eller ikke ta vaksinen, veier pasientens valg tyngst i denne situasjonen.»

«Samtykkekompetanse: Pasienten har langtkommen Alzheimers sykdom, og ville trolig ikke forstått spørsmål angående influensavaksine og kunne ta et reelt valg i forhold til om hun ønsker vaksinen

eller ikke. Av samme årsak vil det heller ikke være mulig for pasienten å forstå eventuelle konsekvenser av ikke å ta vaksinen. Pasientens datter kjenner pasienten godt og kan opplyse at pasienten selv ønsket å ta denne vaksinen før hun fikk demens. De siste ti årene har hun tatt influensavaksine hvert år.»

Pasientene uttrykte ikke noen form for motstand når vaksinen skulle settes, derfor ble det heller ikke nødvendig å vurdere om det skulle fattes noe vedtak om tvang.

OPPSUMMERING. I flere situasjoner ser vi altså at det å vurdere samtykkekompetansen bidrar til å

finne gode tiltak for pasienten. Det er ikke bare et lovpålagt krav som fører til merarbeid, men vurderingen kan sette i gang refleksjoner og gi oss økt innsikt i pasientens virkelighetsforståelse og ressurser.

Det varierer hvor omfattende vurderingen vil bli. Det kreves ingen begrunnelse når pasienten har samtykkekompetanse, men det kan være lurt å dokumentere det, for å få fram individuelle variasjoner og løfte fram pasientenes ressurser framfor de områdene hvor samtykkekompetansen er redusert. Dette vil medføre en vektlegging av hva pasienten selv kan bestemme. ●

REFERANSER:

1. Pasient- og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (28.11.2014)
2. Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5/1.html?id=647639> (28.11.2014)
3. Gjertsen H, m.fl. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene, Nordlandsforskning, Bodø 2012 http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/Dokumenter/Rapporter/2012/Rapport_12_2012.pdf (28.11.2014)
4. Naustdal AG, Netteland G Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv, Sykepleien forskning 2012 nr. 3/7 <http://sykepleien.no/forskning/2012/10/sjukepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv> (28.11.2014)

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no