



Helsedirektoratet v/Samtykkeutvalget

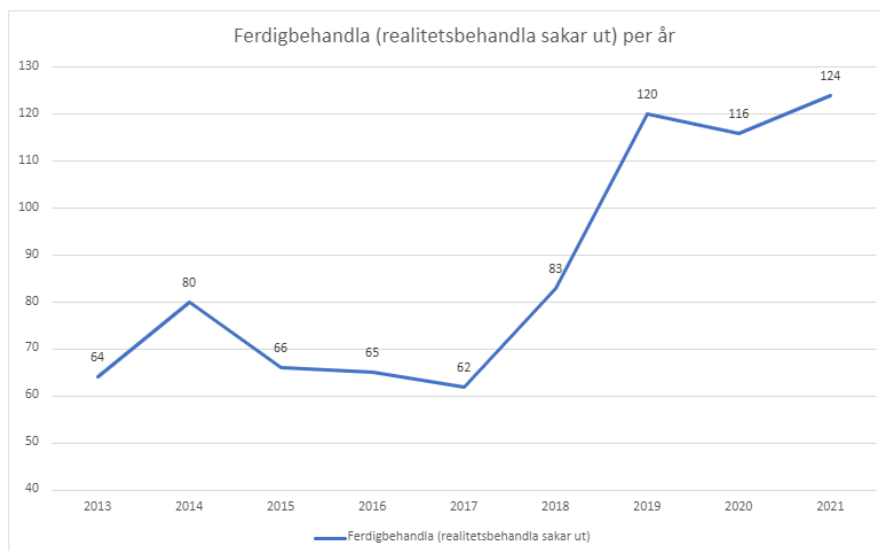
Kontakt saksbehandler
Andrea Ørnes Brodahl, 51568826

Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Statsforvalteren i Rogaland viser til deres invitasjon til å komme med skriftlig innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse, datert 20.10.2022.

Innledningsvis viser vi til møtet 14.10.2022 hvor Statsforvalteren i Oslo og Viken holdt et innlegg om sine erfaringer etter at vilkåret om manglende samtykkekompetanse ble innført i psykisk helsevernloven i 2017. Statsforvalteren i Rogaland deler stort sett de erfaringene som kom frem under dette innlegget, og vi vil derfor kun komme med noen korte innspill i dette brevet.

Vi har opplevd en kraftig vekst i antall tvangsmedisineringsaker etter 2017. Se figur nedenfor som illustrerer dette.



Økningen i antall klagesaker gjorde at vi ville undersøke om det også forelå en økning i antall tvangsmedisineringsvedtak som hadde blitt fattet. Vi innhentet derfor statistikk på antall tvangsmedisineringsvedtak som hadde blitt fattet totalt i 2018 og 2019 ved de virksomhetene som vårt embete dekker (Helse Stavanger, Jæren DPS og den del av Helse Fonna som ligger i Rogaland).



Tallene vi fikk inn viste at Jæren DPS hadde fattet 56 vedtak (24 unike pasienter) i 2018, og 96 vedtak (32 unike pasienter) i 2019. Helse Fonna (Rogaland-delen) hadde fattet 24 vedtak i 2018, og 28 vedtak i 2019. Helse Stavanger hadde fattet 139 vedtak i 2018, og 237 vedtak i 2019. Totalt hadde det altså vært en markant økning i antall vedtak i Rogaland i dette tidsrommet. Vi har ikke undersøkt årsaken til dette nærmere, og vi har heller ikke innhentet tilsvarende statistikk for 2020, 2021 og 2022.

Så langt i 2022 har vi stadfestet 83 % av tvangsmedisineringsvedtakene, opphevet 11 % og omgjort 6 %. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er 4,5 dager (median 4 dager). Helge-/fridager er inkludert i antall dager, altså ikke bare virkedager. Vår erfaring er at manglende samtykkekompetanse i dag er godt nok begrunnet av vedtaksansvarlig overlege i de aller fleste sakene. Begrunnelsen for manglende samtykkekompetanse var en større utfordring kort tid etter at kravet ble innført i loven. Det er sjeldent vi trenger å innhente ytterligere begrunnelse for dette vilkåret. Når vi har opphevet vedtak har det i all hovedsak skyldtes andre feil ved vedtaket.

En utfordring vi ser etter innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, er at slik lovgivningen er i dag må det fattes tvangsmedisineringsvedtak for alle pasienter som mangler samtykkekompetanse, uavhengig av om de takker ja eller nei til medisinen¹. Det må altså fattes et tvangsmedisineringsvedtak selv om pasienten ikke motsetter seg behandlingen. Vi er usikre på om dette var tiltenkt av Helse- og omsorgsdepartementet. I Prop. 147 L (2015-2016) kan vi ikke se at departementet har diskutert dette i kapittel 6.2.4, hvor fokuset kun er på hvorvidt det skulle innføres en kompetansebasert modell.

Vi viser videre til at vilkåret i psykisk helsevernloven § 4-4 tredje ledd om at «[u]ndersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt» i dag blir direkte misvisende i alle saker der pasienten mangler samtykkekompetanse knyttet til behandlingen. Der en pasient mangler samtykkekompetanse knyttet til behandlingen, kan man etter gjeldende rett ikke forsøke å oppnå samtykke til behandlingen.

Et innspill fra vår side er at Ekspertutvalget bør gjøre en vurdering av om det vil være mer hensiktsmessig at regelverket endres til at det kun skal fattes tvangsmedisineringsvedtak når pasienten viser motstand mot å ta medisinen, slik regelverket er for tvungen somatisk helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A². En fordel med en slik endring kan være at behandlingen i større grad kan baseres på samarbeid istedenfor tvang, og at det blir en realitet i at man skal forsøke å tilby frivillig behandling også til pasienter som mangler samtykkekompetanse.

Vi ser videre at en del av Ekspertutvalgets mandat er at man skal «undersøke hvordan praktiseringen av farevilkåret har utviklet seg etter lovendringen, herunder hva vurderingen baserer seg på av opplysninger og hvordan ulike hensyn vektet». Vi erfarer at det relativt ofte er slik at vedtaksansvarlig ikke argumenterer tilstrekkelig for farevilkåret, selv om det ut ifra sakens dokumenter fremstår som at farevilkåret kan være oppfylt i saken. Vi ser også at vedtaksansvarlig svært sjeldent innhenter ytterligere informasjon om dette, for eksempel tidligere dommer eller lignende. Det siste kan skyldes at overlegen er usikker på handlingsrommet innenfor taushetsplikten til å innhente opplysninger fra andre, herunder pårørende og offentlige instanser. Helsedirektoratet

¹ Se [Helsedirektoratets tolkningsbrev av 04.06.2018](#)

² I pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A blir motstand tolket slik at dersom helsepersonellet er i tvil, skal det konkluderes med at pasienten viser motstand, jf. [Helsedirektoratets rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, merknader til § 4A-2](#)



har skrevet utfyllende om dette i rundskrivet Psykisk helsevernloven med kommentarer, i [merknadene til § 3-3a](#). Dette kunne med fordel også vært fremhevet i et informasjonsskriv som er lettere tilgjengelig for helsepersonell.

Videre bærer begrunnelsene av farekriteriet ofte preg av hvilken fare pasienten utgjør inne på sykehuset, og at det relativt sjeldent er opplysninger om og vurderinger av faren pasienten utgjør *utenfor* sykehuset. Dette til tross for at det er faren uten tvunget vern som skal legges til grunn. Det mangler også ofte en tydelig vurdering av årsakssammenhengen mellom pasientens psykiske lidelse og faremomentet, selv om denne årsakssammenhengen ofte ligger mellom linjene i vedtaket.

Med hilsen

Andres Neset (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Andrea Ørnes Brodahl
ass. fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent