



HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO
Att.Øystein Mæland

Saksbehandlar, innvalstelefon

Karianne Flaatten, 5557 2226

Innspill fra SFVL - Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Vi syner til brev frå Ekspertutvalget om samtykkekompetanse, Helsedirektoratet, av 20.10.2022. Utvalet har invitert Statsforvaltaren i Vestland om å komme med skriftlege innspel til arbeidet. Vi set pris på å få høve til dette, og vil gjerne dele nokre av inntrykka våre med dykk.

Organisering og omfang

Hos Statsforvaltaren i Vestland har vi ei stor gruppe tilsette som er involvert i arbeidet med klager på § 4-4 vedtak. Vi har åtte legar og om lag like mange juristar som jobbar med desse sakene. Ein av dei assisterande fylkeslegane (underteikna) har eit overordna ansvaret for arbeidet, medan fylkeslegen har det endelege ansvaret.

Sakshandsamarane godkjenner sakene sjølve, og vi fører ikkje statistikk ut over den informasjonen vi registrerer i NESTOR. Vi har ingen psykiater i embetet, men har jamlege fora der vi diskuterer ulike problemstillingar og utfordringar. Svaret til dykk vart diskutert i eit slikt møte i dag.

Klager på §4-4 vedtak er ein relativt stor del av arbeidet vårt, og vert prioritert høgt, med omsyn til å oppnå så kort sakshandsamingstid som mogleg. Vår målsetting er å maksimalt bruke 2-3 arbeidsdagar frå saka er ferdig opplyst til vi har fatta vårt vedtak, og vi klarar dette i dei fleste sakene.

Av sakene vi behandlar er om lag 58 % frå pasientar med døgnopphald, og 42 % frå pasientar under TPH utan døgnopphald. Så langt i år har vi hatt 210 klager på §4-4 vedtak. Av desse er 179 vedtak (85 %) stadfesta («ikkje medhald»), 17 (8 %) er omgjort («delvis medhald») og 14 (8 %) oppheva («medhald i klagen»).

Dei fleste sakshandsamarane er så nye i arbeidet at dei ikkje har jobba med 4-4 klager før lovendringa, og det er difor utfordrande for gruppa å peike på endringar etter 2017.



Hovuderfaringar i SFVL, knytt til samtykkevilkåret

I dei tilfella der vi opphevar vedtaket, og gjev medhald i klaga, er dette framfor alt grunngjeve med andre vilkår enn samtykkevilkåret. Der vi gjev medhald, eller delvis medhald, er i hovudsak eitt av dei følgjande to vilkåra ikkje oppfylt:

- «Det er sannsynlig at behandlingen fører til vesentlig bedring eller at pasienten vil unngå vesentlig forverring»
eller:
- «Fordelene med medisineringsen veier ikke opp for ulempene» (ut frå ei totalvurdering)

Utan at vi har tal på dette, er det arbeidsgruppa sitt klare inntrykk at vi i hovudsak er samd i vedtaksansvarlig si vurdering av om pasienten er samtykkekompetent.

Det skal nemnast at nesten alle som klagar, sjølve meiner at dei er samtykkekompetente, og set dette argumentet fram i klagen.

Statsforvalteren i Vestland praktiserer det slik i desse sakene, at samtykkekompetanse knytt til spørsmål om eigen sjukdom, medisineringsen og trong for behandling, er noko ein kan mangle sjølv om ein er samtykkekompetent på andre område.

Dette vil seie at vi i ein del saker konkluderer med at pasientar som får poliklinisk behandling og som har eit høgt funksjonsnivå, likevel kan mangle samtykkekompetanse. Dette kan vere tilfelle dersom pasienten ikkje sjølv innser at behandlinga er til hjelp, at den fører til betring eller hindrar forverring av tilstanden. Vidare ved at dei ikkje har innsikt i kva slags konsekvensar det ville ført med seg å avslutte behandlinga

Saksbehandlarane hos oss er medvitne om at vi i vår samtale med pasientane berre ser eit kort og avgrensa bilete av dei, der dei kan ta seg kraftig saman. Pasientane kan i samtale med oss vere tildekkande, og unngår ofte å snakke om eventuelle vrangførestillingar.

Vi legg difor til grunn i vår vurdering av samtykkekompetanse ei heilskap av all informasjon vi får inn (vedtak, journal, samtale med pasient, og med fordel også samtale med miljøpersonale/andre behandlarar).

Utfordringar knytt til samtykkevilkåret:

I nokså mange saker der vi er samde i vurderinga vedtaksansvarleg lege har gjort, tykkjer vi at sjølv vurderinga er for sparsamt grunngjeve i vedtaket. Den er ofte kort, eller inneheld stor grad av «klipp og lim» frå tidlegare vedtak. Det er då vanskeleg for oss å forstå om dei faktisk har gjort ei ny, aktuell vurdering av samtykkekompetansen.

I nokon tilfelle ber vi om å få utdjupa denne vurderinga i samtale med behandlar, medan samtykkevurderinga i andre saker er så kortfatta og mangelfull at vi ser oss nøydde til å oppheve vedtaket. Vi opplever at alle psykiatriske einingane i vårt fylke stort sett gjer riktige vurderingar av samtykkekompetanse.

Vi har merka oss at farevilkåret i fleire tilfelle vert argumentert for, utan at det vert sett som eit vilkår for tvangsmedisineringsen. Vi ser at vedtak svært sjeldan er basert på farekriteriet, sjølv om vi les det slik at det kunne (burde?) ha vore nytta noko oftare.

Vi har inntrykk av at mange behandlarar vegrar seg for å nytte farekriteriet, og kanskje ikkje er kjende med når dei bør og skal la farekriteriet vere hovudkriterium for vedtak om



tvangsmedisinering. Vidare at det kan vere vanskeleg å trekke grensa for når ein skal kunne vurdere farekriteriet som oppfylt. Det kan ligge føre alvorlege hendingar, men som ligg lengre tilbake i tid, eller vere uvisse kring kva ein kan/skal vurdere som fare for andre sitt «liv og helse».

Vi ser sjeldan at det ligg føre strukturert valdsrisikovurdering, og slik vi ser det kan det vere at behandlande instans i større grad bør nytte slike verktøy, i si vurdering av om farekriteriet er oppfylt.

Vi ser at tilstanden til pasientar utan døgnopphald ofte vert forverra når dei får tilbake samtykkekompetansen Dette fordi at medisinerings då blir overlata til pasienten sjølv, som då ofte ønskjer å avslutte medisinerings. Behandlar må då imøtekomme dette ønsket, og hos ein del pasientar fører dette til forverring i løpet av nokre månader, med behov for ny akuttinnlegging og lengre opphald på sengepost.

Andre utfordringar i behandlinga av klager på §4-4 vedtak

Vi har hatt ein del saker der pasienten er i mot medisinerings (grunnlag for vedtak), men tilsynelatande aksepterer antipsykotika i tablettform, framfor depot, men behandlar argumenterer for depotmedisinering.

Dette kan ha ulike årsakar, blant anna tidlegare erfaring med «non-compliance» hos pasienten eller utsegn frå pasienten om at han/ho eigentleg ikkje ønskjer å ta medisinen. I mange tilfelle er det vanskeleg å følgje opp eller sikre peroral medisinering når pasienten vert skriven ut frå sengepost. Behandlarar ønskjer då ofte å starte opp depotbehandling på sengepost for å stabilisere pasienten før utskriving.

Det er uklart for oss om, og i så fall når, behandlar kan starte opp med depotmedisinering inne på avdeling for å sikre god compliance etter utskriving. Vi vonar at vidare arbeid med lovgivinga kan tydeleggjere kva slags handlingsrom behandlar har til å fatte vedtak om depot, sjølv om pasienten seier seg viljug til tablettbehandling.

Dette punktet har vi også bede helsetenestene sjølve spele inn til Helsedirektoratet.

Konsekvenser av lovendinga

Inntrykket vårt er at pasientane har oppnådd meir autonomi med lovendinga. Dersom dei forstår kva det inneber å ikkje få antipsykotisk behandling, kan dei no sjølv bestemme å ikkje ta imot dette, trass i behandlar sitt råd.

Etter det vi kan vurdere, både frå §4-4 saker og vanlege tilsynssaker, har lovendinga råka dei pårørande i stor grad. Det er dei som må ta hand om pasientane når dei ikkje lenger kan ta vare på seg sjølv, ved forverring.

I dei sakene der vi finn sport av pårørande si meining i dokumentasjonen (journal, vedtak), ser vi ofte at dei ønskjer at pasienten skal få medisinering, då behandlinga etter deira syn ofte kan vere positiv for relasjonen og for fungeringa til pasienten.

Når fleire pasientar vert vurderte som samtykkekompetente og grunnlaget for medisinering fell bort, er det etter vårt syn særskild viktig at behandlarar nyttar farekriteriet der det skal nyttast. Slik det er no, er det ofte vanskeleg å forstå frå vedtaka om farekriteriet faktisk er nytta eller ikkje.

Vi stiller vidare spørsmål ved om terskelen for å fatte 4-4-vedtak er noko for høg. Vi høyrer i ulike samanhengar om pasientar som openbart ikkje er samtykkekompetente og som vert medisinert,



utan at det er fatta vedtak om tvangsmedisinering. Kanskje skulle det i større grad vore vurdert av behandlar om det låg føre grunnlag for å fatte 4-4-vedtak, og kanskje er også terskelen for å tolke pasienten si motvilje som ei «klage» også for høg, i nokre kliniske miljø.

Elles tenker vi at andre aktørar (kliniske miljø, politi, pårørandeorganisasjonar) i større grad enn oss kan uttale seg om kva konsekvensar lovendringa frå 2017 har hatt for samfunnet.

Dette er våre erfaringar knytt til lovendringa og samtykkevilkår. Ta gjerne kontakt om noko er uklart.

Med helsing

Karianne Flaatten
assisterende fylkeslege, på vegar av SFVL