

Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Julsundvegen 9
6412 MOLDE

Deres ref.:
Vår ref.: 16/23890-2
Saksbehandler: Trine Grøslie Stavn
Dato: 07.12.2016

Svar på henvendelse om bruk av psykofarmaka i sykehjem

HelseDirektoratet viser til henvendelse fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal vedrørende spørsmål om tvangsbehandling med psykofarmaka av demente pasienter i sykehjem. Vi viser også til påfølgende kommunikasjon i saken. Henvendelsen ble i utgangspunktet sendt til Helsetilsynet, som senere oversendte denne til direktoratet.

HelseDirektoratet skal innledningsvis bemerke at spørsmål knyttet til grensen mellom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og psykisk helsevernloven er godt kjent og har vært et stadig tilbakevendende tema de senere år. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 annet ledd avgrensner virkeområdet for reglene i kapittel 4A mot undersøkelser og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke. Slik helsehjelp kan bare gis med hjemmel i psykisk helsevernloven. Dette er også omtalt i lovforarbeidene. Problemstillingen har vært tema på flere samlinger med Fylkesmennene, og HelseDirektoratet har fortolket regelverket blant annet i Rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukerrettighetsloven. Det er ingen endringer i forståelsen av regelverket etter gjeldende rett i forhold til den fortolkningen som fremgår her. Ut over dette må hvert enkelt tilfelle tolkes konkret i den enkelte sak.

HelseDirektoratet har forståelse for at Fylkesmannen synes det er vanskelig at dagens regelverk om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten har gråsoner og at dagens regulering eventuelt kan medføre at noen pasienter og brukere ikke får enkelte av sine behov ivaretatt. Særlig kan dette gjeldedemente pasienter med tilleggs lidelser som atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) som motsetter seg antipsykotiske medikamenter. Disse pasientene og det faktum at virkeområdet for kapittel 4A er avgrenset mot undersøkelser og behandling av psykiske lidelser, ble særskilt nevnt i [bestemmelsens forarbeider](#). Norsk psykiatrisk forenings alderspsykiatriske utvalg påpekte i høringen at utvalget var uenig i at loven ikke skal kunne gjelde for psykiske lidelser. De så for seg mange situasjoner hvor nettopp de psykiatriske symptomene som følge av demenssykdommen er problemet, og at denne begrensningen ville kunne hindre noen pasienter tilgang til viktig behandling. Departementet ga støtte for at det er uheldig at avgrensninger i regelverket skaper nye lovtomme rom, men at det heller ikke tidligere var hjemmel for å gi helsehjelp på grunnlag av representert samtykke til denne gruppen pasienter. Av rettssikkerhetshensyn fant ikke departementet tilstrekkelig grunnlag til å utvide adgangen til å yte helsehjelp for psykisk lidelse uten samtykke, utover de grenser som er satt i psykisk helsevernloven, når pasientene motsetter seg helsehjelpen.

HelseDirektoratet

Avdeling bioteknologi og helserett

Trine Grøslie Stavn, tlf.: +4724163534

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Fylkesmannen ber om råd for hvordan kommunene kan veiledes i disse sakene. Direktoratet presiserer at det alltid vil være slik at hvert enkelt tilfelle må tolkes og vurderes konkret i den enkelte sak. Likevel er det utvilsomt behov for felles retningslinjer for tjenesteytere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som har ansvar for utredning/diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. I den forbindelse er det i Helsedirektoratet igangsatt et arbeid med utvikling av «Nasjonalt faglig retningslinje om demens», etter anbefaling fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Arbeidet har pågått en stund og er nå på høring med frist for innspill 23. januar 2017.

Retningslinjen gir anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Den skal bidra til at tjenestetilbudene til personer med demens og deres pårørende har god kvalitet, er individuelt tilrettelagt, og bygger på kunnskapsbaserte og anerkjente metoder og tiltak. En sterk anbefaling og et sentralt tema i retningslinjene er at virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade. Gjennom denne retningslinjen vil helse- og omsorgstjenesten få god og oppdatert veiledning og kunnskap i arbeidet med demente pasienter, også demente pasienter med tilleggsproblematikk som beskrevet i Fylkesmannens brev.

Fylkesmannen ber også om tilbakemelding på følgende spørsmål:

1) Er det i tråd med kravet til forsvarlighet at en pasient med demenslidelse som bor på kommunal institusjon må innlegges i «ukjente» omgivelser i spesialisthelsetjenesten for å motta nødvendig behandling for «psykiske/ psykiatriske symptomer» som medisinskfaglig vurderes å være ledd i demenslidelsen? Erfaringsvis vil en slik flytting kunne forverre pasientens tilstand, og ev. utløse delir.

2) Er det fra Statens helsetilsyn en forventning om at spesialisthelsetjenesten eventuelt har plikt til, og følgelig har kapasitet til, å motta og behandle denne pasientgruppen med hjemmel i lov om psykisk helsevern?

3) Hvordan skal Fylkesmannen håndtere informasjon i enkeltsaker om bruk av tvungen helsehjelp uten hjemmel i lov, når dette oppfattes som det eneste reelle behandlingsalternativet.

Når det gjelder spørsmål 2 og 3 er det slik at Fylkesmannen er forpliktet til å følge lovverket, herunder i saker etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Det samme gjelder for helsetjenesten, både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder selv om Fylkesmannen og deler av helse- og omsorgstjenesten syntes det er vanskelig at dagens regelverk om bruk av tvang i helse og omsorgstjenesten har grenser, gråsoner og manglende regulering som medfører at noen pasienter faller «mellom to stoler» og dermed ikke får alle av sine behov ivaretatt.

I fylkesmannens brev beskrives en rekke utfordringer knyttet til grensen mellom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og psykisk helsevernloven. Det er i disse tilfellene viktig at fylkesmannen bistår med å orientere helsetjenesten om regelverket, og begrunnelsen for de begrensninger som lovgiver har satt. Særlig viktig vil det være at spesialisthelsetjenesten orienteres, slik at kommunen ikke regelmessig kommer i en situasjon hvor den anbefalte behandlingen fra spesialisthelsetjenesten ikke vil være i samsvar med regelverket.

I noen tilfeller vil tjenesten komme i den situasjonen, slik det beskrives i Fylkesmannens brev, at den eneste mulige forsvarlige behandling er antipsykotiske medikamenter. Der disse medikamentene brukes som ledd i behandling av pasientens psykiske lidelser - herunder atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD), og pasienten motsetter seg behandlingen, vil tvangsbehandlingen etter dagens regelverk måtte hjemles i psykisk helsevernloven. Etablering av tvungent psykisk helsevern forutsetter at tilstanden vurderes som en «alvorlig sinnslidelse», jf. psykisk helsevernloven § 3-3. I denne forbindelse spør Fylkesmannen om det er i tråd med kravet til faglig forsvarlighet at en pasient med demenslidelse som bor på kommunal institusjon må innlegges i «ukjente» omgivelser i spesialisthelsetjenesten for å motta nødvendig behandling.

Helsedirektoratet peker i denne sammenheng på at vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 om behandling uten eget samtykke, forutsetter at det er etablert tvungent psykisk helsevern etter lovens § 3-3. Helsedirektoratet viser her til at tvungent psykisk helsevern kan omfatte både døgnopphold i institusjon og uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Normalt vil tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etableres først, og deretter kan det fattes vedtak etter lovens § 4-10 om overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er imidlertid ikke et absolutt krav om forutgående døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Det følger at psykisk helsevernforskriften § 11 andre ledd bokstav a) at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan etableres uten observasjon i institusjon i de tilfeller hvor pasienten har en kjent sykdomshistorie og det på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere kunnskap om pasientens sykdomsforløp, er utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger. For å fatte vedtak om tvangsbehandling med legemidler etter § 4-4 for pasienter under tvungent psykisk helsevern kreves normalt undersøkelse i døgninstitusjon, med mindre pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen, jf. psykisk helsevernforskriften § 20. Selv om en innleggelse i godkjent institusjon i psykisk helsevern i de fleste tilfeller vil være nødvendig, innebærer dette at det kan vurderes konkret om det er grunnlag for å vurdere unntakssituasjonen slik at det ikke i alle tilfeller vil være nødvendig med en innleggelse i «ukjente» omgivelser for å etablere tvungent psykisk helsevern og fatte vedtak om tvangsbehandling med legemidler.

Vi viser også til at helsepersonelloven § 7 har bestemmelser om øyeblikkelig hjelp, som innebærer at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at helsehjelpen er påtrengende nødvendig, uavhengig av om pasienten samtykker eller motsetter seg helsehjelpen. Her ligger det imidlertid en tidsavgrensning. Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp og faresituasjonen er over, opphører øyeblikkelig hjelp plikten, og videre helsehjelp må ytes med grunnlag i et annet rettsgrunnlag.

Det skal bemerkes, slik det også fremgår av Rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukerrettighetsloven, at selv om legemidler som gis til behandling av psykiske lidelser faller utenfor virkeområdet til kapittel 4A, kan bruk av slike legemidler være nødvendig for å få gjennomført undersøkelse/behandling av en somatisk lidelse. Slik bruk kan som utgangspunkt være innenfor rammen av de tiltak som er tillatte. Det er en forutsetning at bruk av psykofarmaka kun skjer med det formål å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen av den somatiske lidelsen, og at bruken er i tråd med kravet til faglig forsvarlighet og bestemmelsens øvrige vilkår.

Avslutningsvis vil direktoratet presisere at utfordringene både for tjenestene og fylkesmennene knyttet til grensen mellom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og psykisk helsevernloven er godt kjent for Helse- og omsorgsdepartementet, som har ansvar for regelverksutvikling. Det kom også frem i evalueringen av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, foretatt av Oxford Research høsten 2013.

Departementet har fulgt opp problemstillingen gjennom Prop. 1 S (2015-2016) på side 129 hvor følgende fremgår: *«Evalueringen tar også opp grensen mellom lov om psykisk helsevern og kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Det stilles bl.a. spørsmål om dette lovverket også bør omfatte tvangsbehandling av mindre alvorlige psykiske lidelser. Behandling av psykiske lidelser når pasienten motsetter seg behandlingen, er et svært inngripende tiltak som bør forbeholdes de mest alvorlige lidelsene. Dette taler for at tvangshjemlene forbeholdes de mest alvorlige tilstandene og at terskelen for tvang ikke senkes. Departementet vil imidlertid vurdere om det er andre grenseflater mellom de to regelverkene som bør vurderes nærmere. Bl.a. bør det vurderes om regelverket setter unødige begrensninger på hvordan helsetjenestene er organisert.»*

Som kjent oppnevnte regjeringen 17. juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren, hvor gråsonetilfeller som dette vil omfattes. Utvalget har fått i oppdrag å foreslå endringer som møter behovene i dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Regelverket skal legge til rette for god samhandling på tvers av ulike institusjonstyper og mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Vennlig hilsen

Gunhild J. Røstadsand e.f.
seniorrådgiver

Trine Grøslie Stavn
seniorrådgiver