

### Erfaringer fra Statsforvalteren i Nordland

Vi har fått i løpet av perioden fått flere innspill fra primærhelsetjenesten hvor det går frem at terskelen for å vurdere manglende samtykkekompetanse er høy. Fastleger og andre melder om pasienter som de vurderer hjelpetrengende og også ute av stand til å ivareta seg selv, men som ut ifra en strikt forståelse av ordlyden i loven vurderes samtykkekompetente.

Samtykkekompetanse er i seg selv en vanskelig størrelse, og kravet om at manglende samtykkekompetanse skal være «åpenbar» medfører ofte at tvil og usikkerhet hos den som skal vurdere blir et argument for at samtykkekompetanse foreligger.

Vi har også fått tilbakemeldinger om at det også tar lengre tid før hjelpeapparatet tør å gjennomføre selve vurderingen, ut ifra den samme forståelsen av at «mye skal til». Som en følge av dette er det også flere hvor det foreligger bekymring, men hvor denne ikke antas konkret eller sikker nok til at tvungen undersøkelse kan gjennomføres.

Veien til hjelp forsinkes slik i flere ledd, og det er sannsynlig at en del også blir gående uten at det er tatt konkret stilling til samtykkekompetanse og behovet for helsehjelp. Helsetjenesten opplever å bli satt ut av spill, og at det er vanskelig å følge med på den videre utviklingen.

Samlet sett er vårt inntrykk at flere pasienter står uten hjelp over lengre tid enn tidligere, sykdomsutviklingen går lengre, og hos en del når ikke hjelpen frem i tide.

I spesialisthelsetjenesten medfører også kravet om manglende samtykkekompetanse at behandling for pasientens lidelse avsluttes så snart samtykkekompetanse er gjenvunnet. Dette kan medføre at pasienter skrives ut for tidlig, og også uten at tilstrekkelig hjelp og oppfølging er etablert.

Pasienten er da på samme måte som tidligere «utenfor rekkevidde» for hjelpeapparatet inntil han eller hun har forfalt tilstrekkelig.

Flere pårørende har kontaktet oss og beskrevet dette som meningsløst og uverdigg, og som en betydelig merbelastning.

Noen opplever at det oppstår en form for apati i primærhelsetjenesten ved at de erfarer at pasienten gjentatte ganger hentes inn for innleggelse, men forblir uten den hjelpen han eller hun trenger over tid. Dette kan medføre at terskelen for å gjøre nye vurderinger heves. Vi får jevnlig henvendelser fra fastleger som beskriver situasjonen på denne måten.

Pasientene kan også på den andre siden oppleve at de blir utsatt for hyppigere og mer uttalt tvang begrunnet i høyt symptomtrykk, for eksempel ved gjentatte tvangsinnleggelse, skjermingsbehov, tvungne undersøkelser, bruk av politi osv.

At samtykkekompetanse er gjenvunnet er heller ikke det samme som at lidelsen er ferdig behandlet. For psykoselidelser anbefales langvarig medikamentell behandling for

stabilisering. Ved for tidlig avslutning av medikamentell behandling er risikoen for tilbakefall svært høy.

Samtykkekompetanse i seg selv er ikke et evidensbasert endepunkt for medikamentell behandling, og lovkravet har dermed innført en begrunnelse for avslutning av behandling som er juridisk og ikke medisinskfaglig forankret.

Spesialisthelsetjenesten melder at for pasientene medfører dette at de risikerer at det ikke tilbys en optimal behandlingsplan over tid, men tvert imot en form for «syklisk intervensjon», hvor hvert tilbakefall medfører en grad av varig funksjonstap og tap av behandlingseffekt. For hver ny sykdomsepisode vil det ta lengre tid før stabilisering oppnås på ny.

Det er også tilbakemeldinger om at det er usikkert om dette i seg selv reduserer den samlede tvangsbruken inkludert medisinerings over tid.

Pasienter med alvorlige psykoselidelser får slik ikke nyttiggjøre seg av oppdatert medisinsk kunnskap om beste behandling og oppfølging slik andre pasientgrupper får.

Spesialisthelsetjenesten oppgir også at voldsutøvelse mot personale under innleggelser øker fordi pasientene er sykere ved innleggelser enn tidligere.

Ettersom farekriteriet i stor grad bygger på tidligere alvorlige voldshendelser, kan dette ikke legges til grunn der hvor man ut ifra det nåværende symptomtrykket alene antar stor risiko for utagering. Farekriteriet er slik ikke egnet til å forebygge førstegangs voldshendelser, og man blir avhengig av samtykkekompetansevurderingen.

Vi har også fått tilbakemeldinger om at pasienter av samme grunn debuterer i kontakt med politi før de tilbys hjelp i helsevesenet, og slik har vært utsatt for tvang som ligger utenfor psykisk helsevernloven selv om sykdom var utløsende årsak.

Vi foreslår ut ifra dette en større vektlegging av funksjonsnivå i vurdering av samtykkekompetanse. Vi tror også at det er behov for presiseringer for å unngå at usikkerhet i selve vurderingen av samtykkekompetanse sidestilles med at manglende samtykkekompetanse ikke er åpenbar.

Der hvor det foreligger en alvorlig og varig grunnlidelse som påvirker samtykkekompetansen kontinuerlig eller i perioder foreslår vi at det vurderes om diagnose, prognose og symptomtrykk i sykdomsperioder i noen grad bør vektlegges i tillegg til samtykkekompetanse.