



HELSEDIREKTORATET  
Postboks 220 Skøyen  
0213 OSLO

Saksbehandler, innvalgstelefon  
Linn Norseth, 22003927

## Svar på innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Vi viser til deres brev datert 20.10.2022 hvor det inviteres til å komme med et skriftlig innspill til utvalgets arbeid. Dere gir i brevet noen eksempler på hva dere er interessert i fra oss:

- *Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget*
- *Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten*
- *Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret*
- *Utfordringer knyttet til samfunnsvern*
- *Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet*

### Grunnlaget for våre vurderinger: erfaringer og undersøkelser

Vi ønsker først å vise til vår bakgrunn i disse sakene, slik at vi kan gi dere en forståelse av grunnlaget vi har for å uttale oss om samtykkevilkåret. Statsforvalteren har i hovedsak tre forskjellige oppgaver knyttet til saker som gjelder institusjonenes og helsepersonellens praktisering av reglene i psykisk helsevernloven (phvl.):

1. Behandling av klager på tvungen behandling med medisiner eller ernæring etter phvl. § 4-4.
2. Føre tilsyn med institusjonenes praktisering av regelverket.
3. Gi råd og veiledning om hvordan regelverket skal tolkes og praktiseres.

Mesteparten av de erfaringer vi bygger på i dette innspillet stammer fra vårt arbeid med å behandle klager på tvungen behandling etter phvl. § 4-4. Noe stammer også fra samtaler og skriftlige henvendelser i forbindelse med vårt arbeid som rådgivende og veiledende organ overfor institusjoner, helsepersonell, pasienter og pårørende.

I 2021 behandlet Statsforvalteren i Oslo og Viken 724 klagesaker på tvungen medisiner og tvungen ernæring. Til sammenligning var det 1624 klager på tvungen behandling i 2021 i landet som helhet. Det må presiseres at antall tvangsmedisineringsaker vi behandler er langt høyere enn antall tvangsernæringsaker. Vi ser videre kun et selektert utvalg av pasienter, de som er så alvorlig sinnslidende at de er i behov av tvungen medisiner. Disse vil i all hovedsak være uten



samtykkekompetanse, men det er også en andel som er vurdert å være til alvorlig fare for liv og helse.

Når vi behandler klagesaker på tvungen medisinerer eller ernæring bygger vi våre avgjørelser på selve 4-4 vedtaket, pasientjournal og annen skriftlig dokumentasjon samt samtaler med pasienten, pasientens advokat og vedtaksansvarlig behandler. Dette gir oss en tilstrekkelig, men noe begrenset kunnskap om pasientens situasjon, tilstand og behandlingsbehov. Det følger av Helsedirektoratets veileder for statsforvalterens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4 a, jf. § 4-4 at vi skal foreta en selvstendig vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Det vil si pasientens forståelse, anerkjennelse, resonering og valg rundt egen helsetilstand og helsehjelpen som tilbys. Vi bestreber oss på å gjøre våre egne vurderinger i tråd med dette. Imidlertid er det vanskelig for Statsforvalterens saksbehandler (med legekompentanse) å ta stilling til samtykkevilkåret i løpet av en kort prat. Ofte krever det gjentatte samtaler med pasienten og observasjoner av pasienten over tid. Vi legger derfor stor vekt på institusjonens og overlegens observasjoner og vurdering av samtykke når vi snakker med dem.

Vi har laget en oversikt over antall realitetsbehandlede klagesaker ved vårt embete i tidsperioden fra 2011 til 2021.

År	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antall Saker	256	294	352	341	400	407	455	481	543	593	636



Som vi ser av diagrammet, har vi merket en jevn økning i antall klagesaker de siste 10 årene. Fra 2020 til 2021 økte antall klagesaker på landsbasis med 12 %. Etter lovendringen i 2017 kunne man kanskje ha forventet en viss nedgang i antall klagesaker, ettersom innføringen av et nytt vilkår for tvungen behandling kunne tenkes å føre til færre tvangsbehandlingsvedtak. Noen slik nedgang er det imidlertid ikke mulig å se av tallene på antall klagesaker. Dette kan kanskje tyde på at gruppen av



pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og samtidig har samtykkekompetansen i behold er liten. Dette er det ellers ikke så lett for oss som klageinstans å si noe sikkert om, for vi ser ikke de pasientene som det ikke fattes tvangsbehandlingsvedtak på.

Det synes å være en noe brattere økning i antall klagesaker fra og med 2017. Dette kan kanskje skyldes at det fra og med lovendringen ble et økt fokus på at pasienter med alvorlig psykisk lidelse som mangler samtykkekompetanse ikke kan behandles uten 4-4 vedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, 5. ledd. Videre tror vi blant annet at rett til 5 timer gratis advokatbistand og bedre klageopplysning til pasientene er noe av grunnen til denne økningen, i tillegg til lovendringen.

### **Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget**

Som kjent, etter lovendringen i 2017 er det et vilkår for tvungen behandling etter phvl. § 4-4 at pasienten enten mangler samtykkekompetanse eller det er en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Det siste omtaler vi her som farekriteriet.

### **Gjennomgang av 15 tvangsbehandlingssaker**

Som nevnt har vi som embete høstet erfaringer gjennom behandling av klager på tvungen medisinerings eller tvungen ernæring etter phvl. § 4-4. Våre vurderinger i dette innspillet bygger i stor grad på våre erfaringer fra behandlingen av disse klagesakene. I tillegg har vi foretatt en mindre undersøkelse ved å gjennomgå 15 tidligere tilfeldig valgte klagesaker fra perioden fra og med 2019 til og med 2022, med tanke på forskjellige faktorer som kan være relevante for de problemstillinger vi er bedt om å besvare. 13 av de 15 sakene gjaldt tvangsmedisinering, 2 gjaldt tvangsernæring. Formålet med undersøkelsen er å underbygge våre erfaringer fra saksbehandlingen med en mer systematisk undersøkelse. Vi er klar over at 15 saker er et for lite antall til å lage sikre kvantitative statistiske analyser, men de kan etter vårt syn gi en pekepinn om de faktiske forhold. Funnene samsvarer godt med våre erfaringer fra saksbehandlingen.

I gjennomgangen av de 15 sakene så vi på følgende forhold:

1. Om resultatet av klagebehandlingen ble stadfestelse, opphevelse eller omgjøring. Av de 15 sakene var det 14 stadfestelser og 1 opphevelse. Grunnen til at vi opphevet det ene vedtaket var at vi ikke fant det sannsynliggjort at pasienten hadde en alvorlig psykisk lidelse. I denne saken vurderte vi ikke samtykkekompetansen eksplisitt, men det er grunn til å sette spørsmåltegn ved institusjonens vurdering når de konkluderte med at pasienten ikke hadde samtykkekompetanse. Mye av institusjonens begrunnelse for manglende samtykkekompetanse var at pasienten ikke hadde innsikt i egen sykdom og behandlingsbehov. Hvis det er tvil om pasienten hadde en alvorlig sinnslidelse kan det jo også tenkes at pasienten vurderte det riktig da han eller hun ikke ville ha behandling.
2. Om nærmeste pårørende hadde påklaget 4-4 vedtaket og om nærmeste pårørende var for eller imot vedtaket. Formålet med å undersøke dette var å forsøke å danne seg et bilde av pårørendes mening om den tvungne behandlingen.
  - a. I 2 av 15 tilfeller hadde nærmeste pårørende påklagd tvangsvedtaket. I Disse to tilfellene var de imot vedtaket og medisineringsen.
  - b. I 7 saker fremgikk det ikke av saksopplysningen hva nærmeste pårørende mente om tvangsbehandlingen. I 1 av disse gikk det likevel frem at pasienten var en stor belastning for familien før igangsatt behandling.



- c. I 1 tilfelle var nærmeste pårørende tilhenger av behandlingen, om nødvendig med tvang.
  - d. I 1 sak uttrykte nærmeste pårørende stor bekymring for pasientens helse og var for medisinerings. På spørsmål til den nærmeste pårørende om hvorvidt vedkommende ønsket å klage, ønsket vedkommende at pasienten og advokaten skulle vurdere det.
  - e. I de siste 4 tilfellene var nærmeste pårørende spurt om vedkommende ville klage, men ønsket ikke det. I disse sakene var det ellers uklart hva de mente om tvungen behandling.
3. Om manglende samtykkekompetanse og/eller farekriteriet var påberopt av institusjonen som grunnlag for tvungen behandling. I ingen av de 15 sakene var kun farekriteriet påberopt. Det betyr at i samtlige saker påberopte institusjonen manglende samtykkekompetanse. I 5 saker var farekriteriet påberopt i tillegg til manglende samtykkekompetanse.
4. Om kvaliteten på institusjonens samtykkekompetansevurdering var tilfredsstillende. Her valgte vi å dele vedtakene inn i fem kategorier:
- a. Kategori 0 – ikke dokumentert manglende samtykkekompetanse, verken i 4-4 vedtaket selv eller i øvrig dokumentasjon. Det var 1 sak i denne kategorien: Tidligere nevnte sak som ble opphevet.
  - b. Kategori 1 - svært knapp begrunnelse i selve 4-4 vedtaket, men sakens øvrige dokumenter viser at pasienten manglet samtykkekompetanse. Det var 2 saker i denne kategorien.
  - c. Kategori 2 – Det var vist til FARV-kriteriene i institusjonens vurdering, men det var ikke begrunnet hvorfor hvert kriterium ble vurdert som ikke oppfylt. At pasienten manglet samtykkekompetanse, fremgikk likevel av øvrig dokumentasjon i saken. Det var 1 sak i denne kategorien
  - d. Kategori 3 – Institusjonen har en utfyllende begrunnelse for manglende samtykkekompetanse uten å bruke FARV-kriteriene systematisk. Det var 6 saker i denne kategorien
  - e. Kategori 4 – FARV-kriteriene ble benyttet og utførlig begrunnet i institusjonens vurdering. Det var 5 saker i denne kategorien
5. Punkt 5 gjaldt spørsmålet om hvilken begrunnelse institusjonen hadde for at pasienten manglet samtykkekompetanse.
- a. Vi undersøkte her for det første om institusjonen begrunnet den manglende samtykkekompetansen i at pasienten manglet sykdomsinnsikt. I 11 av de 15 sakene hadde institusjonen påberopt og sannsynliggjort at pasienten manglet sykdomsinnsikt. I 2 saker var manglende samtykkekompetanse påberopt og delvis tilfredsstillende begrunnet i manglende sykdomsinnsikt. I 1 sak var institusjonen litt vage på om de mente at pasienten manglet sykdomsinnsikt. I 1 sak påberopte institusjonen manglende sykdomsinnsikt, men hadde ikke begrunnet det.



- b. Vi undersøkte for det andre om manglende samtykkekompetanse i vedtakene ble begrunnet med at pasienten manglet innsikt i behandlingsbehov. Samtlige 15 vedtak var begrunnet i at pasienten manglet innsyn i eget behandlingsbehov.
  - c. Vi undersøkte for det tredje om manglende innsikt i behandlingsbehov i noen vedtak var eneste begrunnelse. Grunnen til at vi ville undersøke dette særskilt var følgende: Vi hadde en mistanke om at noen institusjoner kan ha en tendens til å tenke slik at hvis pasienten godtar behandling blir vedkommende ansett å ha samtykkekompetanse, men hvis pasienten nekter, blir pasienten ansett å ikke ha innsyn i eget behandlingsbehov og er følgelig ikke samtykkekompetent. Vi tenker at samtykkekompetansen må vurderes til dels uavhengig av at pasienten ikke vil motta behandling. Hvis det at pasienten nekter å motta behandling anføres som tilnærmet eneste begrunnelse, kan det i verste fall tyde på en slik tankegang. Vi fant her 1 vedtak hvor manglende innsikt i eget behandlingsbehov var hovedbegrunnelsen.
6. Flere psykiatere melder om at noen pasienter etter en tids medisinerings blir så mye bedre at de gjenvinner sin samtykkekompetanse og derfor ikke kan mediseres med tvang lenger. Når tvangsmedisineringsvedtaket oppheves, blir pasienten etter en viss tid dårligere igjen og blir innlagt på ny. Vi prøvde da å se om man i noen av vedtakene kan se slike "svingdørspasienter" som i løpet av noen år gjentatte ganger på grunn av medisinerings har gjenvunnet sin samtykkekompetanse, seponert behandlingen, blitt dårlig igjen og deretter reinnlagt. De fleste sakene hadde imidlertid ikke nok informasjon om pasientens fortid, så det var i de fleste sakene vanskelig å vurdere. Vi fant således ikke klare eksempler på denne typen pasienter blant disse 15 sakene.
  7. Utvalget har bedt oss om en tilbakemelding på om det er mange pasienter som har rusproblemer. Vi fant at i 4 av de 15 sakene var det meldt om dette.
  8. Vi og andre statsforvalterembeter vi har snakket med erfarer at en del antatt psykotiske og ikke samtykkekompetente pasienter ut fra saksopplysningene ser ut til å ha blitt tilbudt eller oppfordret til å ta antipsykotika før det ble fattet 4-4 vedtak. Selv om dette skjer uten tvang, er det i strid med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, femte ledd. Vi undersøkte derfor om vi kunne se spor av dette i saksgjennomgangen vår. Flere av sakene inneholdt ikke nok informasjon til å vurdere spørsmålet sikkert, men vi fant 2 saker der det fremgikk at pasient med alvorlig sinnslidelse og som sannsynligvis manglet samtykkekompetanse var blitt tilbudt antipsykotika før 4-4 vedtaket ble fattet. Disse hadde imidlertid takket nei, og var således ikke blitt medisinert før 4-4 vedtak var fattet. Både denne undersøkelsen og ikke minst våre egne erfaringer fra arbeidet med klagesakene viser at mange institusjoner praktiserer regelverket feil på dette punkt.

### Våre erfaringer

Vi ser at det i institusjonenes 4-4 vedtak er svært ulik beskrivelse og argumentering i vurderingen av samtykkekompetanse. Noen skriver svært knapt, der det er vanskelig å få frem hvorfor de mener den enkelte pasient ikke er samtykkekompetent. Det beskrives mer generelt. Andre er flinkere til å ta i bruk FARV-kriteriene, men bruker lite fakta inn i vurderingen. Mens noen er flinke til å knytte fakta opp mot det konkrete FARV-kriteriet. Vi ser at sykehusene som har FARV innbakt i sine maler, ofte har gode samtykkevurderinger i vedtakene sine.



Både våre erfaringer og undersøkelsen av de 15 tvangsbehandlingssakene viser at institusjonenes begrunnelser for manglende samtykkekompetanse ofte ikke er så gode som de kunne vært. Vår generelle opplevelse er at vi «reparerer» mye når det kommer til samtykkevilkåret. Med å reparere mener vi de tilfellene der begrunnelsen for manglende samtykkekompetanse som er gitt i selve vedtaket er noe tynn og i noen tilfeller ikke tilstrekkelig til å oppfylle forvaltningslovens krav til begrunnelse, men hvor vi i samtale med pasient og lege, innhenter nok ytterligere informasjon til å begrunne de ulike FARV-kriteriene godt nok. I tillegg til samtalene finner vi ofte utfyllende informasjon i pasientens journal. Som vi kommer tilbake til nedenfor, er det sjeldent at vi etter denne runden med innhenting av ytterligere informasjon likevel kommer til at kravet om manglende samtykkekompetanse ikke er oppfylt. Vi ser ofte at motstand i seg selv kan bli den viktigste begrunnelsen til at pasienten vurderes å mangle samtykke. Vi ser også at det ikke er alle som tolker «åpenbart» på rett vis.

Videre ser vi at de i all hovedsak har tilstrekkelige opplysninger og observasjoner før de tar beslutningen, og at de lander på rett konklusjon til tross for noe vage beskrivelser av vilkåret. Vi kommer sjelden til en annen konklusjon enn den som har fattet vedtaket.

### **Gjennomgang av opphevede og omgjorte tvangsbehandlingsvedtak i 2022**

Vi har foretatt en undersøkelse av våre klagesaker på vedtak om tvungen behandling etter phvl. § 4-4 ved vårt embete (Oslo og Viken) i perioden 01.01.2022 til 07.12.2022. I denne perioden har vi behandlet 682 saker. Av disse var det 89 tilfeller der klagen enten ble trukket, vedtaket ble opphevet av institusjonen selv eller de av andre årsaker ikke ble realitetsbehandlet.

Av de 593 sakene som ble realitetsbehandlet, ble 565 stadfestet. 28 saker ble opphevet eller omgjort av oss. Samtlige 28 saker gjaldt medisinerings, ingen gjaldt ernæring. Vi har gått igjennom disse 28 sakene og undersøkt vår begrunnelse for opphevelsen eller omgjøringen.

Gjennomgangen viser at kun 3 av disse 28 vedtakene ble opphevet fordi vi kom til at pasienten måtte vurderes som samtykkekompetent. I 1 av disse 3 sakene viste det seg i samtalen med faglig ansvarlig ved institusjonen at vedkommende var enig med oss i at pasienten likevel hadde samtykkekompetanse. I denne saken hadde sykehuset også påberopt seg farekriteriet, i tillegg til manglende samtykkekompetanse. I denne saken ble det videre oppnådd enighet mellom Statsforvalteren og faglige ansvarlige ved sykehuset at heller ikke farevilkåret var oppfylt. I de 2 andre sakene vi opphevet var sykehuset ikke enig i at pasienten måtte ansees som samtykkekompetent.

I 1 sak var manglende samtykkekompetanse ikke påberopt og institusjonen fattet vedtak på grunnlag av farekriteriet. Vi opphevet vedtaket da vi mente det var tvil om farekriteriet var oppfylt.

Vi ser av denne undersøkelsen at det er et meget lavt antall klagesaker hvor vi opphever eller omgjør vedtak fordi vi, i motsetning til institusjonen, mener at pasienten har samtykkekompetanse. Undersøkelsen viser også at det er et meget lavt antall saker der vi opphever eller omgjør vedtak fordi vi mener at institusjonen feilaktig har vurdert pasienten til å oppfylle farekriteriet. Som tidligere nevnt, har ikke Statsforvalteren mulighet til å foreta en full ny selvstendig utredning av pasientens samtykkekompetanse, men ut fra undersøkelsen av det betydelige antall klagesaker vi har til behandling er det ikke grunn til å tro at institusjonene i vesentlig grad feilaktig vurderer pasientene til å mangle samtykkekompetanse uten at dette er tilfelle.

Institusjonene må alltid vurdere pasientens samtykkekompetanse, for dersom pasienten er samtykkekompetent, skal man forsøke å få pasientens samtykke til behandling. Hvis dette ikke



lykkes, må institusjonen vurdere om farekriteriet er oppfylt. Som tidligere nevnt er det i de langt fleste saker manglende samtykkekompetanse og ikke farekriteriet som påberopes i tvangsbehandlingsvedtakene. I undersøkelsen var det som nevnt kun 1 av de 28 opphevede eller omgjorte sakene hvor vi begrunnet opphevelsen med at farekriteriet ikke var oppfylt. Det er ut fra undersøkelsen således ikke vesentlig grunn til å tro at institusjonene i for stor grad påberoper at pasienten er til alvorlig og nærliggende fare for eget liv eller andres liv eller andres liv eller helse.

### **Våre erfaringer**

I enkelte saker erfarer vi også at kun farekriteriet er påberopt, men når vi snakker med pasienten finner vi at pasienten er ikke samtykkekompetent med hensyn til medisineringen. Vi har i disse sakene ikke valgt å legge til vilkåret om manglende samtykkekompetanse i vårt vedtak, men stiller oss spørsmålet om hvorfor ikke samtykkekompetansen er vurdert av institusjonen. Etter vår oppfatning må dette, som tidligere nevnt, alltid gjøres, for hvis pasienten viser seg å ha samtykkekompetanse skal man søke å få pasientens samtykke til behandling. Vi mener likevel dette illustrerer kompleksiteten av vurderingen for legene hos virksomhetene, og for oss.

Vi ser et klart behov for noe ytterligere presisering og klargjøring av samtykkevilkåret, spesielt med tanke på FARV.

I de fleste sakene ser vi at den manglende samtykkekompetansen begrunnes med manglende sykdomsinnsikt. Dette anser vi generelt tilstrekkelig da manglende sykdomsinnsikt (anerkjennelse) gjør det vanskelig for pasienten å resonnerer rundt behandlingen på tilstrekkelig vis. Det er ulik tolkning mellom leger og advokater når det kommer til hva som er manglende anerkjennelse og hva som er en adekvat uenighet med behandleren. Vi mener at det bør klargjøres ytterligere hva som er forskjellen her.

Videre er det behov for en klargjøring av hvordan man skal vurdere pasienter med svingende samtykkekompetanse. En problemstilling er over hvilket tidsperspektiv samtykkekompetansen skal vurderes. Vi vet at det hos enkelte pasienter kan svinge i løpet av timer eller dager. Det kan neppe være slik at ved første «klare øyeblikk» gjøres en opphevelse av all tvang, når man vet at pasienten kan tape samtykkekompetansen igjen etter en time. Det kan være utfordrende å avgjøre hvor lenge samtykkekompetansen må vedvare før man kan si at den er gjenvunnet.

“V” i FARV-kriteriene gjelder pasientens evne til å uttrykke et valg. Vi opplever at dette kriteriet tolkes veldig ulikt fra behandler til behandler ute i tjenestene, og oppfattes nærmest unyttig etter dagens tolkning. Enhver pasient viser evnen til å ta et valg bare ved å klage inn saken til oss, og således skulle alle som klager på vedtak kunne sies å oppfylle dette kriteriet. Imidlertid kommer problemstillingen opp også i tilfellene der pasienten er svært ambivalent. Det kan spørres om i hvilken grad valget må være konsekvent over tid for å skulle gjøre seg gjeldende.

### **Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten**

Vår oppfatning er at pasientene er «sykere» før de får helsehjelp, enn tidligere. Det er nok flere faktorer som spiller inn på dette, herunder manglende plasser og fastlegetjenestekrisen, men vi oppfatter også at det er grunnet samtykkevilkåret og innføringen av denne. Vi ser at flere av pasientene har vært flere runder inn og ut av psykiatrien, ofte gjentatte ganger i kort tid før vedtak om innleggelse fattes, fordi det har vært usikkerhet rundt samtykkekompetansen. Når de til slutt får helsehjelp er de ofte mye dypere inn i en psykose enn de var før. Dette fører igjen til lengre sykehusinnleggelse, høyere doser for å oppnå tilstrekkelig behandlingseffekt og bruk av mer potente legemidler. Dette er også tilbakemeldingene vi har fått fra behandlende leger ute i virksomhetene.



Vi opplever også, sammen med behandlerapparatet, at det er flere «svingdørspasienter» enn tidligere. Dette begrepet brukes for å beskrive pasientene som er mye inn og ut av sykehus i løpet av relativt kort tid. Vi ser det spesielt hos pasienter med lidelser innenfor det bipolare spektrumet. De har ofte god og rask effekt av medikamentell behandling, og ofte gjenvinner de samtykkekompetansen innen kort tid. Denne samtykkekompetansen er ofte kun til stede under pågående medisinerings, og det skjer en rask forverring så snart tvungen oppheves og pasienten slutter med medisin. Dette medfører ny tvangsinnleggelse på sykehus etter forholdsvis kort tid. Tilbakemeldingen fra behandlerne er at dette strider mot god medisinsk praksis, da hvert psykosegjennombrudd gjør det vanskeligere å behandle pasienten på nytt. Det utvikles en såkalt «toleranse» som gjør at den neste psykosen krever lengre behandling, ofte i høyere doser og eventuelt med mer potente legemidler. Det etterspørres av flere leger en mulighet til å gjøre individuelle vurderinger i hver enkelt sak, der for eksempel pasienten som har vært «svingdørspasient» over lengre tid kan holdes stabilt medisinert i minst ett år for å sikre god medisinsk behandling av disse pasientene.

Vedrørende “svingdørspasienter” må det likevel bemerkes at det ikke kun er vilkåret om manglende samtykkekompetanse som kan lede til denne problematikken. Når pasienten har vært medisinert en periode og har oppnådd den fremgangen som det er realistisk å oppnå, kan videre medisinerings kun hjemles i det såkalte forverringsalternativet, det vil si at videre medisinerings kan medføre at pasienten unngår en vesentlig forverring. Selv om det ikke følger uttrykkelig av ordlyden i § 4-4, er det vanlig antatt at det er det samme tidskravet som gjelder her som det som gjelder ved forverringsalternativet i regelen om tvungent psykisk helsevern i § 3-3, nemlig at den vesentlige forverringen må skje “i meget nær fremtid”. Dette er i rettspraksis tolket dithen at den vesentlige forverringen må skje innen maksimalt 3-4 måneder. Vi har sett noen tilfeller der pasienten gjentatte ganger har blitt dårligere etter litt over et halvt år etter at tvungen behandling er avsluttet og deretter må legges inn på nytt.

Vi har også fått tilbakemeldinger fra pårørende i flere av disse sakene, som er fortvilte over det de opplever som manglende helsehjelp og et rigid lowverk. Dette gjelder spesielt pasienter som er ressurssterke og har lett for å fremstå samtykkekompetente ved enkeltvurderinger, men som for pårørende klart mangler den. Dette er ofte pasienter som har flere runder inn og ut av sykehus og tvungen observasjon på legevakten, før psykosen tar fullstendig overhånd og man «treffer» på rette tidspunkt der pasienten ikke klarer å ta seg sammen. Det gjelder også pårørende til flere av pasientene vi beskrev i avsnittene over, som er inn og ut av sykehus til stadighet fordi de gjenvinner samtykkekompetansen for en periode. Vi har fått klare beskrivelser av pasienter som oppfattes samtykkekompetente, blir utskrevet, for så å ødelegge totalt for seg selv kun noen dager etter, fordi innsikten har forsvunnet igjen.

Undersøkelsen vår, punkt 2 viser 2 tilfeller der pasientens nærmeste pårørende er imot tvungen medisinerings og har klaget på vegne av pasienten. 2 av 15 er nok noe for høyt til å være representativt, erfaringsmessig er det en relativt liten andel av klagen som kommer fra de pårørende. I undersøkelsen vår kommer det også frem at noen pårørende ønsker medisinerings og noen ønsker i verste fall at det skal skje med tvang. Ulike pårørende synes å ha noe ulike oppfatninger om tvangsmedisinerings er bra eller ikke for deres pasient.

Vi ønsker å adressere en tilleggsutfordring hos flere av pasientene med alvorlig sinnslidelse som er vurdert å være uten samtykkekompetanse. Vi opplever stadig pasienter som ønsker å klage fordi det er fattet et vedtak, noe institusjonen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, femte ledd er forpliktet til. De ønsker å samarbeide om behandlingen og føler seg svært krenket av å være underlagt tvang. Vi stiller spørsmål ved om kravet til vedtak når pasienten ikke motsetter seg





behandling er hensiktsmessig. Tilbakemeldingen fra helsepersonellet er at kravet til vedtak gjør det vanskeligere å få til et samarbeid om medisineren hos disse pasientene, og at det kan føre til økt konfliktnivå og dårligere behandlingsallianse med pasienten. Hva med pasientens autonomi? Det arbeides med å likestille psykisk helse med somatisk helse, samtidig ser vi at det innenfor somatisk helse er et krav om motstand fra pasienten før et vedtak fattes, mens det samme ikke gjelder for pasienter med psykisk sykdom. Dette skaper også en stigmatisering av denne pasientgruppen. Selv om vi forstår at dette er ment som en ekstra rettsikkerhetsgaranti for pasienter som er en sårbar gruppe og ikke selv kan samtykke til behandling, mener vi at de tyngste grunnene taler for å endre loven slik at det ikke lenger må fattes vedtak for disse pasientene når de ikke motsetter seg eller kanskje til og med ønsker behandling. I stedet bør forholdet reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 eller en tilsvarende bestemmelse. Slik vi forstår det, er dette også i tråd med forslaget fra Tvangsbegrensingslovutvalget.

### **Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret**

Vi mener god pasientbehandling vil være å la pasienter som ønsker å samarbeide om behandlingen få lov til dette, uten at det må fattes vedtak. Vedtak bør først bli aktuelt dersom pasienten motsetter seg behandlingen.

Videre mener vi en god pasientbehandling fordrer større individuelle vurderinger, der god medisinsk behandling for hver enkelt pasient bør vektlegges mer. Med dette mener vi i de tilfeller der konstante opphold eller avbrudd av behandlingen fører til større lidelse for pasienten selv, som for eksempel hos enkelte svingdørspasienter. Vi har en grunnleggende tillitt til helsetjenestene, og har ikke et inntrykk av at pasienter tvinges til behandling uten at det foreligger gode grunner til dette. Vårt inntrykk er at pasientene som tvinges til behandling, er de sykeste av de syke, og som har alt å tape på å forbli ubehandlet eller for samfunnsvernets del.

### **Utfordringer knyttet til samfunnsvern**

En pasient kan dømmes til tvungen psykisk helsevern, men de kan ikke dømmes til tvungen medikamentell behandling. Dette er et viktig moment når vi vurderer disse sakene. Vi opplever at kontrollkommisjonene og tingretten/lagmannsretten kan oppheve det tvungne vernet hvis vi ikke finner vilkårene for vår vurdering oppfylt. Dette er uheldig, da vurderingene som skal gjøres ikke er de samme. Det er svært strenge krav til å kunne medisinere noen mot sin vilje. Når det kommer til samtykkekompetanse, skal dette vurderes konkret opp mot medisiner og forståelse av dette. Pasienten kan forstå, anerkjenne og resonnerer omkring behandlingen, og vi har da ikke grunnlag for å kunne stadfeste vedtaket, med mindre farevilkåret er oppfylt. Men til tross for oppfylt farekriteriet, kan vi fortsatt ikke stadfeste vedtaket dersom ikke øvrige vilkår er oppfylt. For eksempel hvis medisinen ikke har ført til vesentlig bedring hos pasienten.

Vi ønsker å gi et konkret eksempel på en mulig problemstilling. En pasient kan være til alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse, men pasienten har vært stabilt medisinert i over ett år uten at hen har blitt dårligere ved nedtrapping eller opphold i behandlingen. Dersom pasienten ikke har vært medisinert tidligere, har vi ingen tidligere forverring etter avbrutt behandling innen 2-4 måneder å vise til, og vi kan derfor ikke sannsynliggjøre at vilkåret om vesentlig forverring innen nær fremtid er oppfylt. Pasienten må få prøve seg uten og hen får medhold i klagen. Vi legger likevel til grunn at det tvungne vernet består, slik at en eventuell forverring kan fanges opp før det går galt. Det er her vi har erfart at vernet oppheves fordi vi har opphevet medisineringsvedtaket. Dette opplever vi som problematisk og uheldig, både for samfunnsvernet der en pasient er vurdert farlig for andres liv og helse, men også for den pasienten som er til fare for seg selv.



Denne problematikken mener vi også underbygger behovet for klargjøringer når det kommer til svingende samtykkekompetanse som nevnt i tidligere avsnitt. Mangel på klargjøring om samtykkekompetanse bør være noe som er vedvarende over tid, kan føre til alvorlige konsekvenser for samfunnsvernet.

Vi ser noen mulige løsninger og ønsker å komme med noen konkrete innspill på dette. Blant annet ser vi behov for bedre opplæring av vurderingen av samtykkevilkåret. Vi er i gang med å utarbeide veiledning overfor virksomhetene i vårt distrikt, men mener at det også bør komme opplæring fra sentralt hold for å sikre ensartet praksis på tvers av embetene. Vi ser også et behov for standardisering, på tvers av både landets tilsynsmyndigheter, kontrollkommisjoner og virksomheter. Per i dag er det svært ulik praksis og lovforklning. Vi ser behov for bedre maltekster til virksomhetene, som er tilrettelagt for helsepersonell.

Vi takker for muligheten til å komme med innspill, og håper dette kan være et godt bidrag til innstillingen dere skal levere i mai 2023.

Med hilsen

Anne Hilde Crowo  
Fylkeslege  
Spesialisthelsetjeneste

Thea M.L. Belseth  
assisterende avdelingsdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*