

Sak:
Ekspertutvalget om samtykkekompetanseVår dato:
15.12.2022Vår ref.:
2022/10403Saksbehandler, innvalgstelefon
Øyvind Alexandersen, 74 16 80 97

Innspill til ekspertutvalget om samtykkekompetanse

0. Innledning

Statsforvalteren kommer i befattning med problemstillinger knyttet til samtykkekompetanse og psykisk helsevern på følgende områder:

1. Vi er klageinstans når pasienter klager på vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke etter phvl. § 4-4a jf. § 4-4. Som regel dreier det seg om vedtak på behandling med legemidler eller ernæring.
2. Vi mottar jevnlig henvendelser fra pårørende som opplever at en av deres nære er alvorlig psykisk syk og har stort behov for hjelp og behandling, men der pasientene er vurdert som samtykkekompetente.

1. Statistikk - klager på vedtak om behandling uten eget samtykke, jf phvl § 4-4

Tabell 1 - Utvikling antall klager 2016 – 2022 (Trøndelag):

ÅR	Ant. Klager beh	Antall vedtak i HF-ene	Andel vedtak som blir påklaget
2016	115	267	59%
2017	118	269	44%
2018	99	275	56%
2019	99	369	29%
2020	123	504	43%
2021	169	594	47%
2022*	145	578	37%

*Pr 25.11.2022

Tabell 2 - Oversikt vedtak opphevet pga. samtykkekompetanse (SK):

År	Ant. klager beh	Ant. ikke stadfestet	Hvorav SK		% av totalt antall vedtak (fra tab. 1)	% av ant klager
			Antall	% av ikke stadf		
2016	115	-	-	-	-	-
2017	118	-	-	-	-	-
2018	99	17	1	6%	0,4%	1%
2019	99	25	4	16%	1,1%	4%
2020	123	20	6	30%	1,2%	5%
2021	169	19	6	32%	1,0%	4%
2022*	145	18	3	17%	0,5%	2%

*Pr 25.11.2022



Våre kommentarer:

Antall vedtak fattet i HF-ene har økt jevnt og markant fra 2018, fra 275 til 594 i 2021, tilsvarende 216% økning. Økningen ser ut til å fortsette i inneværende år. Økningen i antallet vedtak er langt større enn økningen i vårt antall klager til behandling (68%).

Vi opphever altså helt eller delvis rundt 10-12 % av alle vedtak vi får til behandling. Av disse er mellom 6 og 32% begrunnet i samtykkekompetanse. Dette tilsvarer at 1 til 5% av alle klager vi behandler ender med at pasienten medhold på grunn av samtykkekompetansevurderingen.

Av samtlige vedtak som blir fattet i våre helseforetak, blir mellom 0,4% og 1,2% opphevet av Statsforvalteren på grunn av samtykkekompetansevurderingen.

2. Erfaringer fra Statsforvalterens klagesaksbehandling

I vår behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke møter vi ulike problemstillinger, og vil i det følgende komme med noen påstander basert på disse:

2.1 Begrepene *samtykkekompetanse, tvang og frivillighet er vanskelig å forstå og skille.*

Vi erfarer at det fortsatt er uklarheter blant de som fatter vedtak (faglig ansvarlige) rundt begrepene *samtykkekompetanse, tvang og frivillighet*.

Bestemmelsene om behandling med hjemmel i phvl § 4-4, jf § 4-4 a. handler om behandling «uten pasientens samtykke». I denne sammenhengen må da begrepet «tvang» oppfattes som synonymt med uten eget samtykke. Vår forståelse av «frivillighet» er dermed det motsatte av «tvang», nemlig med (informert) samtykke.

I vår saksbehandling ser vi at det hersker uklarheter rundt begrepenes egentlige betydning. Frivillighetsbegrepet oppfattes ulikt av ulike faglig ansvarlige, av pasienter og av pårørende. «Frivillig» kan, i motsetning til «tvang», bety både «uten motstand», «i enighet med», «med informert samtykke» og «etter motivering». Endelig kan begrepet også oppfattes å bety «uten åpenbart manglende samtykkekompetanse».

Formålet med lovendringen var økt selvbestemmelse og styrket rettssikkerheten for pasienter i psykisk helsevern og å bidra til riktigere og mindre bruk av tvang. Begrepet samtykkekompetanse er i utgangspunktet ikke vanskelig å forstå rent juridisk. Det handler om pasientens evne til å forstå hva vedkommende sier ja eller nei til. Helsedirektoratet har gitt føringer for hvordan samtykkekompetansen kan vurderes.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, og samtykkekompetansen skal derfor vurderes konkret med tanke på den helsehjelpen som skal gis. Det kan være en krevende øvelse å omsette denne teorien til praksis; en pasient kan for eksempel være samtykkekompetent til en type behandling, men ikke til en annen. Ved vedtak om legemiddelbehandling skal faglig ansvarlig vurdere om pasienten er samtykkekompetent opp imot hvert enkelt legemiddel som vedtaket omfatter, siden pasienten i teorien kan være samtykkekompetent med tanke på det ene legemiddelet, men ikke det andre.



Det finnes pasienter som tar legemidler «frivillig» (i betydningen uten motstand) selv om de ikke er samtykkekompetente. Dagens lovbestemmelser kan hindre slik «frivillighet» og dermed også reell pasientmedvirkning (jf pbrl § 3-1). Pasientens mulighet til frivillighet og medbestemmelse i behandlingen blir redusert når de er vurdert som ikke-samtykkekompetente. Om pasienten allerede er vurdert til å mangle samtykke, finner faglig ansvarlig ofte ikke grunn til å drøfte valg av legemidler med pasienten. Begrunnelsen vil da naturligvis være at frivillighet er formålsløst siden pasienten mangler samtykkekompetanse.

For den gruppen pasienter som mangler samtykkekompetanse, men mottar behandling uten motstand, vil det kunne være en belastning og stigmatiserende å ha vedtak, når de selv opplever at de tar medisinen i samarbeid med sykehuset.

Vi vurderer at det er behov for en klargjøring av det juridiske skillet mellom begrepene «samtykkekompetent», «tvang» og «frivillighet», og hvordan fenomenet «motstand» skal forstås i denne sammenhengen.

2.2 Selve samtykkekompetansevurderingen er vanskelig.

Et alminnelig kjent akronym til støtte ved samtykkevurderinger er «FARV». Innholdet i FARV forutsettes kjent for utvalget og omtales derfor ikke ytterligere her. FARV må etter vår vurdering ikke oppfattes som mer enn en huskeregel for helsepersonellet, og må ikke forstås som en medisinsk test eller et vitenskapelig verktøy som skal erstatte helsepersonellets skjønnsmessige vurderinger.

Det er også viktig å merke seg forskjellen i selve utformingen og bakgrunnen for kroppslige/«somatiske» lidelser på den ene siden, og tanke-, følelses- og atferdsmessige («psykiske») sykdommer på den andre siden. Disse forskjellene kan gjøre det vanskeligere å vurdere samtykkekompetanse ved «psykiske»-sammenlignet med «somatiske» sykdommer.

Innenfor psykisk helsevern retter behandlingen seg mot selve årsaken til den manglende samtykkekompetansen, nemlig forstyrrelser i tenkningen og de kognitive funksjonene. Et talende eksempel er en pasient med psykoselidelse som nekter å motta legemiddelbehandling fordi hans tankeforstyrrelser medfører at han er overbevist om at legemiddelet egentlig er gift som skal ta livet av ham.

Dette er et klart skille fra tvangsbehandling av somatiske sykdommer, jf pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A, der formålet som regel ikke er å behandle årsaken til den manglende samtykkekompetansen. Mangel på samtykkekompetanse ved «somatisk» sykdom har oftest sin årsak «utenfor» selve sykdommen som skal behandles. Det klassiske eksempelet er pasient som har mistet sin samtykkekompetanse på grunn av alvorlig demens, og dermed ikke er i stand til å kunne ta stilling til behandling av alvorlig hjertesykdom. Behandlingen har derfor i motsetning til behandling av «psykiske» sykdommer ikke som formål at pasienten skal gjenvinne sin samtykkekompetanse.

2.3 Er vilkåret om nærliggende og alvorlig fare for strengt?

Et annet viktig skille fra tvangsbehandling av somatiske sykdommer er vilkårene som handler om fare for egen helse. Mens vilkåret i pbrl § 4A-3 er at unnlattelse av helsehjelpen «*kan føre til vesentlig helseskade*», er det tilsvarende vilkåret i phvl § 4-4 «*nærliggende og alvorlig fare for eget liv*». Terskelen for å gi behandling er på denne måten lagt svært mye høyere for psykiske sykdommer sammenlignet med somatiske sykdommer.



Dette innebærer at pasienter med alvorlig psykisk lidelse som ikke åpenbart mangler samtykkekompetanse, tillates å påføre seg selv helseskade i svært alvorlig grad før man kan begrunne tvangsbehandling med vilkåret om nærliggende og alvorlig fare for eget liv.

Vi stiller derfor spørsmål ved om samtykkebestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven er anvendbare hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Videre stiller vi spørsmål ved om vilkåret om «fare for eget liv» i phvl burde harmoniseres med vilkåret om «vesentlig helseskade» i pbrl.

Når det gjelder vilkåret om fare for «andres liv eller helse», ser vi at dette vilkåret som regel blir vurdert ved vedtak om behandling dersom faglig ansvarlig vurderer at vilkåret er oppfylt. Vi kan ikke vite om faglig ansvarlige alltid vurderer farevilkåret, inkludert i tilfeller der pasienten blir vurdert som samtykkekompetent. Vi har derfor ikke grunnlag for å kunne si noe innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse har hatt betydning for samfunnsvernet.

2.4 Kravet om «åpenbart» er komplisert.

For at en pasient skal kunne vurderes å ikke ha samtykkekompetanse, krever pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.», jf. pbrl § 4-3.

Et sentralt spørsmål for faglig ansvarlig blir da om det er «åpenbart» at pasient ikke er i stand til å selv kunne ta avgjørelsen om egen behandling. Det er gitt føringer for forståelsen av «åpenbart» både i forarbeider og i avgjørelse i Høyesterett. Begrepet er særlig problematisk hos pasienter som i samtale kan gi uttrykk for både innsikt og forståelse, men der atferden ellers klart tyder på det motsatte. Dette er et typisk mønster der pasienten har alvorlig anoreksi, jf. avgjørelsene i Høyesterett, Rt-2015-913 og Rt-2020-1167-A.

Lovgivers intensjon var å begrense tvang. Statsforvalteren oppfatter at tanken om å begrense tvangsbruk ofte vil stå i motsetning til helsepersonellens ønske om og plikt til å gi pasientene nødvendig og forsvarlig helsehjelp i det enkelte tilfellet. Det er grunn til å tro at dette medfører at faglig ansvarlig (ubevisst) tilpasser samtykkekompetansevurderingen ved å senke terskelen for å vurdere at pasienten «åpenbart» ikke er samtykkekompetent. Dette til tross for at det foreligger føringer som sier at dersom det er tvil om pasienten mangler samtykkekompetanse, skal dette komme pasienten til gode, og pasienten må da vurderes å være samtykkekompetent i juridisk forstand.

2.5 Statsforvalteren kan ikke overprøve faglig ansvarliges samtykkekompetansevurdering.

I Helsedirektoratets veileder for Statsforvalterens behandling av klager står det at Statsforvalteren skal gjøre en selvstendig vurdering av pasientens samtykkekompetanse (kap 6.5.1, vår understreking: *Statsforvalteren må undersøke om vedtaksansvarlig har vurdert pasientens samtykkekompetanse og begrunnet dette i tråd med vilkårene i pbrl. § 4-3 og retningslinjene i rundskriv IS-1/2017. Gjennom foreliggende dokumentasjon og samtale med pasienten må statsforvalteren foreta en selvstendig vurdering av pasientens forståelse, anerkjennelse, resonnering og valg rundt egen helsetilstand og helsehjelpen som tilbys.*



Om pasienten innehar samtykkekompetanse lar seg vanskelig etterprøve av Statsforvalteren. For det første er begrepet i seg selv klinisk sett dårlig definert og presisert, jf vurderinger tidligere. I tillegg innebærer selve vurderingen betydelig skjønn, og sykehusets vurdering vil som regel basere seg på observasjoner av pasienter av flere ulike helsepersonell i ulike situasjoner. Statsforvalteren vil som regel kun treffe pasienten til et relativt kortvarig møte i en strukturert setting, og vil derfor ha et svært begrenset observasjonsgrunnlag til å kunne gjøre en troverdig og valid samtykkekompetansevurdering.

Dette gjenspeiles i at vi i svært få tilfeller (1-5%) gir pasienten medhold på grunn av at vi er uenige i samtykkekompetansevurderingen som er gjennomført, jf. tabell 2 siste kolonne.

I de tilfellene der vi peker på samtykkekompetanse som årsak til at pasienten får medhold, vil vi som regel begrunne dette med at selve samtykkekompetansevurderingen slik den fremkommer i vedtaket er mangelfull, eller ikke tilstrekkelig begrunnet. I kun svært få tilfeller har vi selv vurdert at det har vært tvil om pasienten har manglet samtykkekompetanse, og pasienten har da måtte anses å være samtykkekompetent. Bakgrunnen for vår vurdering i disse tilfellene har da ikke alene vært samtalen vi har hatt med pasienten, men også motstridende vurderinger fra ulike overleger mtp. om pasienten åpenbart har manglet samtykkekompetanse eller ikke.

I mange tilfeller der vi vurderer at samtykkekompetansevurderingen er mangelfull, vil vi innhente supplerende opplysninger (grundigere begrunnelse for manglende samtykkekompetanse), snarere enn å oppheve vedtaket. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette er riktig. Ofte vil dette kunne ha sin årsak i at vi ikke ønsker å belaste faglig ansvarlig med ytterligere byråkrati ved å oppheve vedtaket og/eller be dem fatte nytt vedtak. I tillegg vil det i mange tilfeller gjennom sakens øvrige dokumentasjon fremgå at å unnlate å behandle vil fremstå som uforsvarlig, da pasienten åpenbart er lidende/syk og åpenbart mangler innsikt i egen tilstand og behandlingsbehov.

Det er en fare for at jussen på denne måten «tilpasses» selve den medisinskfaglige vurderingen, og ikke bidrar til å begrense bruken av tvang.

2.6 Vedtak om behandling blir ofte fattet først når pasienten yter motstand mot behandlingen.

Ofte iverksettes behandling med legemidler uten vedtak, selv om pasienten ikke var samtykkekompetent da behandlingen ble iverksatt. Begrunnelsen handler ofte om at pasienten har tatt legemidlene «frivillig», det vil si «uten motstand». Motstand representerer «ikke-frivillighet», det vil si at man må benytte tvang. Til tross for stadige presiseringer fra oss i enkeltsaker, og fra Helsedirektoratet i brev av 02.06.2022, tyder vår erfaring på at det er vanskelig å få implementert at det må gjøres konkret vurdering av pasientens samtykkekompetanse ved legemiddelbehandling.

I vår klagesaksbehandling ser vi at psykotiske pasienter får igangsatt behandling med antipsykotika ved innkomst, uten at det blir tatt stilling til samtykkekompetanse. Dette gjelder også når pasienter innlegges til tvungen observasjon etter § 3-2, og det dermed ikke er anledning til å fatte vedtak om behandling med legemidler.

Selv om det blir startet med antipsykotisk legemiddelbehandling allerede når pasienten innlegges, avventer man å fatte vedtak til etter de obligatoriske 5 døgns observasjon.

Vi vurderer at dette igjen kan være uttrykk både for at begrepene «samtykke», «frivillighet» og «tvang» er vanskelig forståelige og anvendbare i klinisk praksis (se våre vurderinger i pkt 2.1), og at



helsepersonell først og fremst er opptatt av å gi alvorlig syke pasienter rask og effektiv behandling i tråd med god faglig praksis.

3. Har lovendringen medført økt byråkratisering?

Statsforvalteren mener at det er grunn til å tro at lovendringen har medført økt byråkratisering.

Tilbakemeldinger fra HF-ene er tydelige på at faglig ansvarlige nå bruker langt mer av sin arbeidstid på å skrive vedtak, noe som understøttes av statistikken som viser at antallet vedtak har økt betydelig (over 200%) etter lovendringen (tabell 1). Samtidig rapporterer HF-ene i vår region at det i økende grad er blitt vanskeligere å rekruttere spesialister til psykisk helsevern. Det er selvsagt ikke mulig å konkludere med at det finnes noen sammenheng mellom økt byråkratisering og rekrutteringssvikt, men det er grunn til å tro at klinikere heller ønsker å bruke tiden på klinisk arbeid med pasientene enn å skrive vedtak som de ofte selv finner unødvendige.

4. Er det blitt mer riktig bruk av tvang?

Spørsmålet er vanskelig å svare på siden begrepet «tvang» i denne sammenhengen er upresist, jf tidligere tekst.

Det er utvilsomt at antall vedtak om *behandling uten eget samtykke* har økt betydelig etter lovendringen. Dette betyr sannsynligvis at det i økende grad blir fattet vedtak om behandling også for pasienter som ikke yter motstand, noe som juridisk sett kan sies å være «riktig».

Innføring av kravet til samtykkekompetanse har utvilsomt bidratt til økt bevissthet rundt temaet. Vi har ikke grunnlag for å hevde at pasientene i større grad selv kan bestemme om de vil ha behandling eller ikke.

5. Henvendelser fra pasienters nærstående og omgivelser

Pårørende klager sjelden på vedtak om behandling med legemidler. Vi mottar med jevne mellomrom henvendelser fra nærstående av personer med alvorlig psykisk lidelse. Henvendelsene vil ofte bære preg av fortvilelse over at «ingen gjør noe» og at pasienten går til grunne. Den typiske henvendelsen handler om at pasienten blir tvangsinnlagt fra legevakt, og deretter tilsynelatende blir utskrevet etter et kort opphold. Når vi ser nærmere på slike saker, fremkommer det ofte at sykehuset ikke kan konkludere med at pasienten åpenbart mangler samtykkekompetanse eller er til fare for seg selv eller andre. Pasienten blir deretter tilbudt frivillig innleggelse, takker nei, og skriver seg deretter selv ut, selv om det er åpenbart at pasienten burde vært innlagt og mottatt nødvendig behandling. Det er en stor pedagogisk utfordring å forklare dette til pårørende uten helsefaglig kompetanse eller betydelig juridisk forståelse.

Vi skal imidlertid påpeke at problemstillingen også var aktuell før lovendringen. Begrunnelsene fra sykehuset handlet da ikke om samtykkekompetanse, men snarere om at pasienten ikke kunne «nyttiggjøre» seg behandlingen, eller ikke oppfylte ulike vilkår for tvungent psykisk helsevern. Vi har ikke statistikk som sier noe om problemstillingen har økt i omfang etter lovendringen. Man kan spekulere i om at denne pasientgruppen nå i økende grad blir vurdert som samtykkekompetent, og at dette medfører at de selv skriver seg ut etter kort tid.



Vi vil ellers vise til vedlagte redegjørelse fra en pårørende til pasient med alvorlig psykisk lidelse. Pårørende har gitt sitt samtykke til at redegjørelsen oversendes utvalget som vedlegg til våre innspill. Beskrivelsene og problemstillingene er velkjent, jf. tidligere tekst, og synliggjør flere utfordringer. I denne sammenhengen vil vi særlig peke på beskrivelsen av at pasienten ble vurdert som samtykkekompetent, og deretter skrev seg ut. Hun ønsket ikke noen form for oppfølging fra helsetjenestene. Pasientens pårørende oppfattet hennes sykdom som svært alvorlig og omfattende, og sunn fornuft tilsa derfor at pasienten ikke skulle kunne ta et samtykkebasert valg om videre oppfølging.

6. Oppsummering og behov for endringer

Vilkåret om samtykkekompetanse er vanskelig, både for pasientene, helsetjenesten, pårørende og Statsforvalteren.

Det er en fare for at samtykkekompetansevurderingen «tilpasses» helsepersonellens vurderinger om nødvendig og forsvarlig hjelp. Samtykkekompetansevurderingene kan vanskelig overprøves reelt av Statsforvalteren.

Det er usikkert om innføringen har medført styrket rettssikkerhet og økt selvbestemmelse for pasientene.

Innføring av samtykkekompetanse som vilkår har ført til et betydelig økt antall vedtak om behandling uten samtykke. Dette har medført mer byråkrati.

Jan Vaage
fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Øyvind Alexandersen
assisterende fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Vedlegg: Uttalelse samtykkeutvalget 221127 (pårørenderfaringer)

Til: Ekspertutvalget for samtykkekompetanse

Fra Gunnar Sand, far til Cathrine som ble drept på Lademoen 27. oktober 2019

Trondheim 27. november 2022

Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse vurderer om samtykkevilkåret fra 2017 kan ha hatt negative konsekvenser for pasienter, pårørende og samfunnet for øvrig. Jeg er invitert av statsforvalteren i Trøndelag til å dele mine erfaringer som pårørende med utvalget.

Jeg er far til Cathrine Sand, som var inn og ut av St. Olav/Østmarka sykehus i perioden 2012-2019, inntil hun ble drept av en annen pasient på Lademoen 27. oktober 2019. Både drapsmann og offer var underlagt tvungent psykisk helsevern.

Min historie berører flere forhold som på ulike måter bidro til drapet og som hadde sitt opphav i en nedvurdering av samfunnsvernet, bagatellisering av hvor syke pasientene var, neglisjering av pårørendes bekymringsmeldinger, og manglende kommunikasjon mellom involverte aktører i helsetjenesten. Ønsket om frivillighet og lav terskel for samtykkekompetanse så ut til å overstyre alt. Til sammen førte disse forholdene til at min datter ble drept på et usedvanlig bestialsk vis i drapsmannens leilighet på Lademoen denne høstdagen.

Om pårørendes kontakt med sykehuset

Min datter Cathrine fikk diagnosen paranoid schizofreni i 2014 etter mange år med sviktende psykisk helse. Sykdomstilstanden ble forsterket av rusmisbruk. Hennes mange innleggelseser var kortvarige, gjerne ei uke eller to, inntil hun ble vurdert som samtykkekompetent og kunne skrive seg ut, hvilket hun gjorde. Vi opplevde at terskelen for å vurdere henne som samtykkekompetent var lav. Etter vår oppfatning fikk Cathrine aldri den hjelpen hun trengte. Tvert om opplevde vi en iver etter å la henne skrive seg ut som for oss var uforståelig.

Som far til Cathrine engasjerte jeg meg overfor sykehuset, men møtte liten interesse for dialog. Alle møter med leger på St. Olav/Østmarka skjedde på vårt initiativ, og vi ble i hovedsak møtt med at taushetsplikten hindret legene i å kunne gi informasjon tilbake.

Cathrine var åpenbart psykotisk gjennom mange år. Det gikk opp og ned, hun hadde gode og dårlige dager, men over tid pekte pilene bare en vei. Hun hadde gode og dårlige dager også under sine opphold på Østmarka. Vi kunne oppleve en svært syk Cathrine den ene dagen, som neste dag ble vurdert som samtykkekompetent av vakthavende lege. Når vi ba om en forklaring, var svaret alltid at "hun vurderes som mye bedre nå". Vår korreksjon om at ja, hun har kanskje en litt bedre dag i dag, gjorde som regel lite inntrykk. Beslutningen var tatt.

Under det siste oppholdet før drapet hadde vi ukentlige møter med ansvarlig lege. Dette oppholdet varte i 6 uker. Dessverre var det en ny lege hver uke. Det skrives i journalen at det har vært møter med oss foreldre, men bakgrunnsinformasjonen vi delte ble ikke gjengitt. Det reagerte vi også på under møtene. Informasjon som vi ga til én lege syntes ikke å være kjent for den neste. Vi satt der og ga den samme bakgrunnsinformasjonen gang på gang. Når

vi mot slutten av møtene spurte om hva som ville skje videre, tok de alltid forbehold om hva neste lege på vakt måtte mene.

Vi hadde ikke følelsen av at kontakt med oss foreldre var spesielt verdsatt av legene. De kjørte sine egne løp.

Ifølge nasjonal veileder for pårørende fra Helsedirektoratet (2017) skal helsepersonell lytte til og følge opp pårørendes bekymringer. Relevant informasjon fra pårørende skal dokumenteres i journalen. Ved behov skal bekymringen følges opp med tiltak. Våre bekymringer ble i svært liten grad journalført. Eventuelle tiltak så vi ikke noe til.

Det nest siste oppholdet

Spesielt ille opplevde vi det da Cathrine ble skrevet ut fra sitt nest siste opphold på Østmarka i april 2019, fire måneder før det siste oppholdet. Jeg hadde avtalt et møte med vakthavende lege, men det ble avlyst fordi hun hadde skrevet seg ut samme morgen. Jeg spurte om de var klar over at de skrev ut en psykotisk pasient som verken hadde bolig, penger eller eiendeler, og fikk til svar at det var registrert en bolig i hennes navn. At den var avlåst på grunn av manglende betaling av regninger var åpenbart ikke St. Olavs problem.

Ifølge sykehusets journal ble Cathrine vurdert som samtykkekompetent og tvang opphevet. Forbløffende nok journalføres det også at "det er sannsynlig at pasienten i relativt lange perioder er aktivt psykotisk og til åpenbar fare for andres helse," uten at det endret konklusjonen. Ellers journalføres det at pasienten ikke ønsker henvisning til rus- eller psykiatrisk tjeneste, og at hun selv vil oppsøke fastlege hvis hun ønsker anti-psykotiske medisiner. Så forlater hun Østmarka med to tomme hender.

Realiteten var at hun ikke søkte hjelp fra noen denne sommeren. Hun sov hos tilfeldig kjente eller under åpen himmel. Hun oppsøkte heller ikke fastlegen for å få medisiner. Det hadde hun ikke gjort på lang tid. Cathrine drev rundt uten mål eller mening, åpenbart psykotisk, sommeren gjennom, inntil hun ble plukket opp av politi 29. august. Ifølge journalen sto hun da barbeint ute i regnet og "snakket med skyene". Under den innledende samtalen med leger og sykepleiere "klarar hun så vidt å formulere enkle ord og setninger".

Om nedvurderingen av samfunnsvernet

Drapsmannen hadde en lang voldshistorie bak seg. Så sent som 8 uker før drapet kjørte han bil med høy promille og i stor fart gjennom en bydel i Trondheim, til stor fare for folk i nærheten, inntil han kræsjet bilen. Det hører med til historien at mannen var nesten blind.

Det kom frem i rettsaken at psykiatrisk sakkyndige var uenige om helsetilstanden. St. Olav valgte å følge det mildeste rådet, og lot mannen flytte tilbake til leiligheten på Lademoen. Eneste tiltak av betydning var tettere oppfølging fra et oppsøkende team, som også hadde ansvaret for at han tok sine medisiner.

Statens Helsetilsyn gjennomførte en granskning av St. Olavs oppfølging av drapsmannen, og påpekte at han burde vært gjenstand for en helt annen risikovurdering enn den som ble iverksatt. Mannen fikk ikke forsvarlig helsehjelp og St. Olav sikret ikke forsvarlige rammer for

samfunnsvernet. Det ble heller ikke gjennomført voldsrisikovurderinger i tråd med gjeldende retningslinjer. Helsetilsynet påpekte 6 brudd på lover og forskrifter.

Lenke til Helsetilsynets rapport om St. Olavs oppfølging av drapsmannen ligger her: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2022/svikt-i-behandlingen-og-oppfolgingen-av-pasient-under-gjennomforing-av-dom-for-tvungent-psykisk-helsevern/>

Om den manglende oppfølgingen av Cathrine

Cathrine søkte tilflukt hos denne mannen, etter at hun rømte fra Østmarka 7. oktober 2019, tre uker før drapet. Det siste oppholdet varte i nesten 6 uker. Da var det sykehusets intensjon å holde på henne, men hun stakk av under en luftetur. St. Olav ønsket ifølge journalen at hun skulle returnere av seg selv, og sendte ut en såkalt "stille etterlysning" via politiet. Ifølge journalen vurderte de det som sannsynlig at hun ville bli hentet inn av politi "på et tidspunkt".

St. Olav var ifølge journalen tydelig på at det ikke var indikasjoner på at pasienten utgjorde en alvorlig fare for seg selv eller andre. Pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern for å sikres medisinsk behandling. Sikringstiltak ved rømming ble vurdert som mindre viktig.

Vi pårørende var svært undrende til at personalet ved St. Olav var så passiv i forhold til å finne Cathrine og få bragt henne tilbake. Her hadde de investert seks uker i å forsøke å stabilisere et psykotisk menneske. Så overlot de nærmest til henne selv å komme på bedre tanker. Eller at politiet "på et tidspunkt" ville bringe henne inn. Men politiet prioriterte nok heller ikke Cathrine særlig høyt. Hvorfor skulle de det, når St. Olav ikke gjorde det?

Mannen ble fulgt opp av et oppsøkende team fra St. Olav, tre ganger i uka. Ganske tidlig mottok teamet informasjon om at den kommende drapsmannen hadde en pasient på rømmen boende hos seg, men informasjonen ble ikke formidlet videre i systemet. Informasjonen ble verken journalført eller undersøkt nærmere. Det står mye om teamets manglende profesjonalitet i rapporten fra Statens Helsetilsyn.

Helsetilsynet påpeker blant annet at det foreligger en undersøkelsesplikt i forhold til informasjon om at en pasient har en annen pasient som er rømt fra tvungent psykisk helsevern i boligen sin. Helsetilsynet skriver at "vi har ikke mottatt opplysninger om at det ble iverksatt noen form for tiltak med bakgrunn i denne informasjonen fra de ansatte og virksomhetens side. Vi legger derfor til grunn at denne informasjonen ikke ble fulgt opp på forsvarlig vis, noe vi anser som spesielt alvorlig med tanke på at pasienten var overført tvungent psykisk helsevern ved dom og muligens huset en potensielt svært sårbar pasient."

Helsetilsynet legger til at systemer for informasjonsoverføring og samhandling internt i virksomheten var mangelfulle. Tilsynet peker også på mangelfull samhandling med kommune, politi, påtalemyndighet og pårørende.

Avsluttende betraktninger om behandling av psykisk syke i vår tid

Samtykkekompetente pasienter kan ifølge loven nekte å ta imot tilbud om innleggelse og behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv, eller andres liv og helse. Formålet med lovendringen var økt

selvbestemmelse og styrket rettssikkerhet for pasienter i psykisk helsevern og riktigere bruk av tvang.

I forhold til vurdering av samtykkekompetanse opplevde vi som pårørende at sykehuset i hovedsak har to sjekkspørsmål rundt risiko: Er pasienten til fare for andre? Er pasienten til fare for seg selv? Vårt svar på det første spørsmålet var nei, men på det andre spørsmålet ja. Cathrine gikk sakte, men sikkert til grunne. Hun var ikke lenger i stand til å ta vare på seg selv. Når dette kom opp, møtte vi gjerne en presisering: Er pasienten suicidal?

Vi har altså laget et system hvor det er en menneskerett å gå til grunne, men det må ikke skje ved at pasienten tar sitt eget liv. Det er et underlig – og uverdigg – sted å trekke grensen.

Psykisk syke mennesker i dette systemet går lett til grunne. Det er vår erfaring at tvangstiltak utsettes så lenge at det knapt finnes noen vei tilbake til et verdig liv. Dette er blitt en kampsak innenfor psykiatrien som tilhengerne av frivillighet synes å ha vunnet. Men det får konsekvenser. Sjefpsykolog Kåre Nonstad ved sikkerhetsavdelingen på Brøset formulerte seg slik under rettssaken etter Cathrines død i tingretten i Trondheim i november 2020: "Jo lenger du går med en ubehandlet psykose, jo vanskeligere er den å behandle."

Etter å ha besøkt Cathrine jevnlig under det siste oppholdet før drapet, diskuterte familien om hun noen gang kunne bli frisk. Vi håpet ja, men fryktet nei. Cathrine hadde ingen forståelse for egen sykdom. Troen på at hun skulle bli motivert til å motta behandling var helt hinsides realitetene.

Tvang er et ekstremt tiltak. Men når alternativet er å gå til grunne, er vi blitt tilhengere av tvang.

Flere forhold ledet frem til at min datter ble drept på Lademoen i 2019. Kombinasjonen av nedvurdering av samfunnsvernet, bagatellisering av pasientenes helsetilstand, neglisjering av pårørendes bekymringsmeldinger og manglende kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten førte til at St. Olav unnlot å agere – overfor både drapsmann og drapsoffer. Begge var underlagt tvungent psykisk helsevern, men sykehuset var ikke sitt ansvar bevisst. Alternativt var de mer opptatt av å unngå tvang enn de var av å verne om liv. På grunn av denne misforståtte troen på at syke mennesker vet sitt eget beste er Cathrine død.

Dette gjelder naturligvis også drapsmannen. Etter rettssaken har vi hatt god kontakt med mannens søster og verge. Også hun appellerte til helsemyndighetene, spesielt etter bilulykken, om at de måtte holde på broren og sørge for at han fikk forsvarlig oppfølging. Også hun snakket for døde ører. Vi er enige om at det er to offer i denne saken.

Trondheim 27. november 2022

Gunnar Sand