

# Refleksjoner rundt erfaringer med vurdering av samtykkekompetanse

Akuttnettverkssamling 23.10.18

Overlege Siv Elin Pignatiello

Klinikk for psykisk helsevern

Lovisenberg Diakonale Sykehus



# Agenda

- Overordnede erfaringer
- Implementeringen
- Tall fra LDS
- Erfaring fra akuttavdeling
- Farevilkåret
- Pårørendes rolle
- Samtykkekompetanse og §4-4 vedtak
- Samtykkekompetanse phlv vs pbrl



# Overordende erfaringer

- Satt en tydeligere grense for når man skal ty til tvang
- Mer fokus på pasientens selvbestemmelse
- Lovverket i større grad harmonisert med andre lovverk (pbri, somatikk)
- Mye rom for skjønn
- Vagt begrep?
- Stigmatiserende begrep?
- Vanskelig å kommunisere til pasient/pårørende?



# Implementering av lovendringen

- Kort tid!
- Møte Hdir medio juni, lovendring 1.9.17
- Vedtaksmaler ikke ferdig
- Nødvendig med opplæring ikke bare av spesialister, men alt personale
- Opplæring 1.linjen???





Akuttavdelingen, Lovisenberg



Vor Frue Hospital, Ullevålsveien



Oslo Hospital, Gamlebyen

## Samlokalisering i Lovisenberggata 21F



### Klinikk for psykisk helsevern

Akuttmottak	6 plasser
6 sengeposter	60 plasser
252 årsverk	

### Lovisenberg DPS

Seksjon Døgn	17 plasser
32 årsverk	



# Lovisenberg Diakonale Sykehus 2017

(Holman 2018)

- Innlagt: ca 1000 innleggelseser, 28% TPH dvs ca. 1 tvangsinnleggelseser pr dag
- Innbyggere 18-67 år: 117.000
- Unike pasienter tvangsinnlagt: 248
- Tvangsinnleggelseser pr 10.000 innb: 21,4



# Tall fra klinikk for psykisk helsevern

## LDS 1 år før og 1 år etter lovendringen

	01.09.16-31.08.17	01.09.17-31.08.18
Antall innleggelser totalt (LDS + DHS)	160	132
Antall etableringer tvungen obs	138	111
Antall TPH-innleggelser totalt	228	230
Antall etabl tvang	103	121
Antall nektet etabl	84	75
Antall vedtak begrunnet i farevilk	145	102
Antall konverteringer	12	17
Ant utskr til TUD	131	147
Reinnleggelser	136	127



# Innleggelser og reinnleggelser (Holman 2018)

Psykisk helsevern voksne	2016-09	2017-09	2018-09
Innleggelser	100 %	102 %	104 %
Reinnleggelser (RI)	8 %	9 %	9 %
Ny innleggelse <30 dager	25 %	26 %	25 %
Ny innleggelse < 90 dager	37 %	38 %	40 %
Ny innleggelse < 180 dager	47 %	47 %	48 %

Reinnleggelser som før (9%)

Halvparten har et nytt opphold innen 6 mnd





# Tall fra LDS klinikk for psykisk helsevern

- Ingen endringer i total antall TPH-innleggelser, noe reduksjon av etablering av tvungen observasjon og økning i etablering TPH.
- Reinnleggelser uendret
- Liten reduksjon i bruk av farevilkåret
- Liten økning i bruk av konvertering
- Økning i antall utskrivelser til TUD



# Vurdering av samtykkekompetanse på avdeling

- Som regel grei vurdering
- Pasienten er i akutt fase/forverring
- Som oftest høyt symptomtrykk og manglende sykdomsinnsikt
- Viktig med god klinisk vurdering
- Intervjuer som ACE ofte mindre egnet i akutfase
- Ta stilling til i hvor stor grad pasientens valg om å nekte behandling/innleggelse er påvirket av alvorlig psykisk sykdom (psykose, alvorlig affektiv lidelse)
- FARV nyttig



# Et hjertesukk ifht maniske pasienter

- Krevende å vurdere samtykkekompetanse
- Kan fungere ok kognitivt til tross for alvorlig mani
- Kan typisk evne å samle seg, dekke over symptomer og fremstå friskere enn de er
- Godtar typisk innleggelse, for så å ombestemme seg i neste øyeblikk
- Vi har fått for lite retningslinjer ifht hvordan dette skal gjøres
- Bør utarbeides eget avsnitt i veileder om vurdering av samtykkekompetanse spesielt hos maniske pasienter



# Maniske pasienter

- Trenger typisk 4-6 ukers innleggelse for å oppnå remisjon
- Mange har familie/omsorg for barn og jobb/studiefunksjon
- Kan ha mye å tape ifht relasjoner, økonomi, jobb



# Maniske pasienter: potensielle konsekvenser av lovendringene

- Terskel er lagt høyt for innleggelse, dårligere når de blir lagt inn
- Risiko for at de blir skrevet ut før de er tilstrekkelig behandlet
- økt risiko for at de kan utsette seg eller andre for fare (ukritisk bilkjøring, virre rundt i trafikken i forvirret tilstand, hoppe fra høyde på bakgrunn av megalomane forestillinger, voldsepisoder)
- økt tendens til reinnleggelser, økt sykелighet og funksjonssvikt
- Konsekvenser for jobb, økonomi, familie, relasjoner



# Nakholmen-drapet

- **Brøt kravet til forsvarlig helsetjeneste**
  - Helsehjelpen den tiltalte i Nakholmen-saken fikk før drapet, var klart brudd på god klinisk praksis, konkluderer Fylkesmannen i en fersk tilsynsrapport.



## Farevilkåret §3-3, §3-2

- Selve farevilkåret er uendret: Nærliggende og alvorlig fare for egen eller andre liv og helse (gjelder også konvertering ihht §3-4)
- Men unntak for krav om manglende samtykkekompetanse gjelder kun eget liv og andre liv eller helse.



# Økt fokus på farevilkåret

- Obs opplæring farevilkåret
- Må også tas stilling til ved innleggelse
- Må vurderes i paragrafvurdering innen 24 timer
- Krav til grundig dokumentasjon
- Anbefaler å innhente opplysninger om voldshistorikk fra politi tidlig (og før evt KK-sak) ved forhøyet voldsrisiko





# Den kliniske virkeligheten på akuttpost

- Paragrafvurdering, der man tar stilling til farevilkåret må gjøres innen 24 timer
- Ofte begrenset og sprikende informasjon, alternativt lange og uhandterlige journaler, mangelfulle journalsystemer, viktig informasjon «drukner», mye bruk av «klipp og lim»
- Tar for lang tid å få utdypende informasjon fra politiet



# Den kliniske virkeligheten forts

- Uklare og komplekse bilder; rusutløst eller tilgrunnliggende psykose eller bipolar lidelse? Transkulturell psykiatri. Traumer.
- Kort liggetid
- Høyt press på plassene
- Økt dokumentasjonskrav til vedtaksvansvarlige -> mindre tid til informasjonshenting og til pasientene



# Farevilkåret forts

- Vurdering av farevilkåret varierer betydelig fra spesialist til spesialist, og fra kontrollkommisjon til kontrollkommisjon
- Uklart hvor terskel ligger
- Alvorlig og nærliggende fare for eget og andres liv eller helse (psykisk og fysisk)
- Årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet
- Nærliggende fare betyr at faren vurderes som **reell, konkretiserbar og påregnelig**. Ikke krav om at faren må oppstå innen en klart begrenset tidshorisont.



# Farevilkåret ihht rundskriv phlv med kommentarer

- Det sentrale er at man skal stilling om pasienten utgjøre en fare uten rammene av det tvungne vernet



# Kontrollkommisjoner og vurdering av samtykkekompetanse

- SK mer juridisk etterprøvbart (?)
- KK skal sørge for at saken er godt nok opplyst og prøve alle sider av saken
- I hvor stor grad skal KK *vurdere* SK?
- Vurdering av SK er tett knyttet til vurdering av psykisk lidelse



# Nærmeste pårørende

- Behov for å oppdatere prosedyre
- Fått styrkede rettigheter ifht informasjon (pbrl §3-3) og medvirkning (pbrl §3-1)
- Pbrl §3-3 Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser pga fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming, **har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon**. Dette vil ofte være aktuelt hvis pasienten mangler samtykkekompetanse iforb med innleggelse og behandling.
- Pbrl §3-3 nærmeste pårørende skal informeres **når forholdene tilsier det**; i situasjoner der pasienten er ute av stand til å gi samtykke pga bevisstløshet eller psykiske forstyrrelser av ulik art og av mer eller mindre forbigående art (**antatt samtykke**)



# Nærmeste pårørende forts

- Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, **og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende.**
- Nærmeste pårørende har rett til å uttale seg før vedtak om TPH, tvungen observasjon eller nektet etablering, opphør eller overføring fattes, i tillegg til klagerett på ovennevnte vedtak. Uttale- og klagerett gjelder uavhengig av pasientens samtykke.



## Pårørendes klagerett ved vedtak etter kap 4 (skjerming, tvangsmidler, tvangsmedisinering mm)

- Har klagerett hvis pasienten ikke motsetter seg informasjon til nærmeste pårørende
- Kan også ha klagerett i tilfeller der pasienten motsetter seg, men åpenbart ikke kan ivareta sine interesser ifht sin psykiske forstyrrelse (obs særlig §4-4 vedtak der pasienten mangler samtykkekompetanse)





# Pbrl §1-3: den som har hatt varig og løpende kontakt med pasienten

- Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har **den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende** etter phlv og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette (særregel phlv)



# Nærmeste pårørende-praktisk

- Behov for å avklare hvem som er nærmeste pårørende allerede ved innkomst
- Ved tvangsinnleggelse: Må avklare pårørendes syn på tvangsinnleggelsen før paragrafvurderingen
- Obs nærmeste pårørende kan ha rett til informasjon om vedtak også etter kap 4 hvis pasienten mangler samtykkekompetanse



# Pbrl vs Phlv

- Pbrl: § 4A vedtak (tvungen somatisk helsehjelp) fattes hos pasienter med manglende samtykkekompetanse når pasienten *motsetter seg helsehjelpen*
- *Phlv: ikke krav om at pasienten motsetter seg helsehjelpen.*



# Pbrl §4-3 Hvem som har samtykkekompetanse

- Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, **kan bare skje med hjemmel i phlv kap 3 (TPH, tvungen obs)**



# Når frivillig innlagte pasienter mister samtykkekompetansen

- Brev fra Hdir 25.08.17: «Dersom det vurderes at pasienten ikke lenger er istand til å forstå helsetilstanden sin, og behovet for fortsatt innleggelse og behandling, vil pasienten ikke lenger være samtykkekompetent ifht innleggelsen. **Det må da fattes vedtak om tvungent vern dersom pasienten skal beholdes i institusjonen, selv om pasienten for øvrig gir uttrykk for at han han/hun ønsker seg utskrevet»**



# Samtykkekompetanse og §4-4 vedtak (tvangsmedisinering)

- Eget vilkår om manglende samtykkekompetanse (med mindre pasienten utgjør fare for eget liv eller andres liv og helse)
- Samtykkekompetansen må vurderes spesifikt ifht medikamentell behandling
- En pasient kan mangle samtykkekompetanse ifht innleggelse, men ha noe samtykkekompetanse ifht medisiner (på bakgrunn av tidligere erfaringer f.eks.)



# Brev Hdir 15.06.18 ang §4-4

- «Oppsummert er det Helsedirektoratets vurdering er at om vilkårene ellers er oppfylt, skal det fattes vedtak etter phlv § 4-4, i alle situasjoner der pasienten er underlagt TPH og ikke har samtykkekompetanse for legemiddelbehandlingen. Direktoratet vurderer **at manglende samtykkekompetanse for legemiddelbehandlingen, vil være tilfelle for de aller fleste som også mangler samtykkekompetanse for TPH**, men dette må vurderes konkret.»
- «**Ved TUD vil vurderingen av samtykkekompetansen oftest være sammenfallende for det tvungne vernet og legemiddelbehandlingen.** Dette fordi det tvungne vernet først og fremst består i legemiddelbehandlingen.»



# Oppsummert

- Behov for mer opplæring, særlig 1.linje
- Behov for avklaring av terskel for at farevilkåret er oppfylt, samt opplæring 1.linje ifht vurdering av voldsrisiko
- Bør inntas i veileder om samtykkekompetansevurderinger spesifikt hvordan man vurderer samtykkekompetanse hos maniske pasienter
- Behov for harmonisering med andre lovverk

