

## ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



# Tvangsinnleggelse

## en utfordring for legen, pasienten, helsepersonell og pårørende

AV ANDERS SVENSSON

«Det er helt sinnsykt»

«Det var en veldig «utenfor meg selv» opplevelse. Det føltes som et mentalt overgrep.

Jeg var for å si det slik, uttalt sjokkert, forvirret, panikk, kaos. Hva er det med meg, hva er det jeg har gjort? Jeg visste at jeg var frisk, men så visste jo ikke dere det.»

*Lene, erklært «ikke alvorlig sinnslidende»*

### Lov om psykisk helsevern

En tvangsinnleggelse oppleves av mange, ja sannsynligvis av de fleste pasienter som krenkende. Det er et brudd på grunnleggende menneskerettigheter og er derfor strengt regulert i lov. Loven er tydelig og klar. I §3.3 står det at «Tvingent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse ...»

Personen må ha en alvorlig psykisk sykdom. Men det er ikke nok. Et av følgende vilkår må i tillegg være oppfylt.

1. **Farevilkår:** Pasienten må være til alvorlig fare for seg selv eller andre.
2. **Behandlingsvilkår:** Tvangsinnleggelse må være nødvendig for å hindre at pasienten mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller at pasienten uten tvangsinnleggelse vil få sin tilstand vesentlig forverret i løpet av kort tid.

### Tvangsvurdering

Lene ble tvangsvurdert i 1998. Det kom meldinger fra naboer og etter hvert også fra helsepersonell om at hun isolerte seg og hadde lite kontakt med omverden. Da legetjenesten fikk mel-

ding om mistanke om alvorlig psykisk sinnslidelse tok vi kontakt med Lene på telefon. Hun nektet å snakke med oss, og vi var absolutt ikke velkommen på besøk. Meldingene om Lenes situasjon var vage og usikre. Vi kunne ikke vite om hun var psykotisk eller ikke, men meldingene kunne ikke ignoreres.

Denne situasjonen er regulert i Psykisk helsevernloven. I §3.5 står det at kommunelegen skriftlig kan vedta at «... det skal foretas en personlig undersøkelse av lege for å bringe dette på det rene. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang og bistand fra annen offentlig myndighet.» Et slikt vedtak skal dokumenteres skriftlig. Pasienten kan klage men det har ingen praktisk betydning da klagen ikke har oppsettende virkning.

Lene møtte på legekantoret etter å ha blitt hentet av politi. Hun traff en kommunelege og en spesielt invitert psykiater. Lene var sky og unnvikende, noe som var naturlig i hennes situasjon, men hun var ikke psykotisk. Vi måtte bare beklage det som hadde skjedd og sende henne hjem.

### Innleggelse og rettssikkerhet

En tvangsinnleggelse er en frihetsberøvelse. Loven åpner for et betydelig skjønn. For å sikre at dette skjønnnet ikke brukes tilfeldig er innleggende lege ikke alene om vurderingen.

I §3.7 i loven står det at offentlig myndighet eller den nærmeste pårørende kan begjære tvunget psykisk helsevern, en såkalt innleggingsbegjæring (tidligere kalt tutorerklæring).

Pårørende brukes sjelden da det er en uforholdsmessig stor psykisk belastning å legge inn sine nære. I noen kommuner brukes politiet, men i de fleste små kommuner er det nok kommunelege 1 som skriver innleggelsesbegjæring.

Hensikten med innleggelsesbegjæringen er uklar. Det er vanskelig å se at dokumentet har noen betydning for pasientens rettssikkerhet. Utstedelse av innleggelsesbegjæring forutsetter ikke en medisinsk vurdering eller personlig kontakt med pasienten. I praksis skriver ofte kommunelege 1 dokumentet etter en medisinsk vurdering av de opplysninger som foreligger men vurderingen er strengt tatt ikke nødvendig. Noe som jo er åpenbart når spesialisthelsetjenesten ringer og ber om en «tutorerklæring» for en pasient som allerede er innlagt.

«Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt» står det i §3.4 i loven. Innleggelsesbegjæring medfører ikke rett til tvangsundersøkelse.

Det betyr at dersom pasienten nekter legeundersøkelse må kommunelege 1 skrive vedtak om tvangsundersøkelse. Politiet kan transportere pasienten til legeundersøkelse uten et slikt vedtak, for eksempel til legevakta mot pasientens vilje, men da brukes «nødretten».

Innleggelsesbegjæring og henvisning (legeundersøkelse) skal følge pasienten til institusjon. Innen 24 timer etter innleggelse må sykehuset ha fattet et vedtak om tvunget psykisk helsevern.

Opplysningene i henvisningen er viktige. Dersom pasienten ikke åpenbart oppfyller kriteriene for tvunget psykisk helsevern ved undersøkelse ved sykehuset, kan pasienten ikke tvangsinnlegges med mindre det foreligger opplysninger i henvisningen som dokumenterer at vilkårene er oppfylt.

Pasienten kan anke innleggelsen til kontrollkommisjonen, som må vurdere vedtaket om tvunget psykisk ettervern innen ti dager.

### Sårbarhet og integritet

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom er sårbare. Det å være psykisk syk er fortsatt stigmatiserende. Alvorlig psykisk sykdom er invalidiserende og de fleste er avhengig av hjelp og støtte fra pårørende og/eller helsepersonell. Derfor er det viktig at helsevesenet respekterer pasientens integritet og behov for selvbestemmelse. Det gjelder retten til å bestemme over sin egen tilværelse, hvem som skal

komme på besøk, når og hvordan de skal ta sine medisiner og fremfor alt hvilken hjelp de ønsker å motta. Når helsevesenet bruker tvang, bryter vi disse grunnleggende prinsipper.

I loven står det at «selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Lene forteller at tvangsvurderingen var vanskelig å takle.

«I flere år forstyrret dette så mye at jeg ikke klarte å fokusere på andre ting. Jeg har fått det litt på avstand nå, men det kjem aldri til å gå bort egentlig.

Jeg kan fortsatt få panikkangst og bli oppskaket. Jeg blir irritert av å tenke på hvor galt det var.»

Lene ble drevet inn i en akutt krise og etter hvert en kronisk krise, og har hatt mange, lange, vanskelige samtaler med lege for å bearbeide det som hun fortsatt kaller for «overgrepet».

### Samarbeidspartnere

Fastlegene har som oftest god kjennskap til «sine» pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Men det er våre samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, i psykiatritjenesten og i hjemmesykepleien som kjenner pasienten best. De er ofte en del av pasientens nettverk og har en tett, nær og ofte daglig kontakt. Det kan være vanskelig for dem å distansere seg fra pasientens lidelser og kanskje skal de heller ikke gjøre det. Det er svært belastende å se en pasient langsomt skli inn i en smertefull psykose. Når pasienter er dårlige, ønsker de «tiltak». «Noen» må gjøre noe. Denne «noen» er fastlegen, og «noe» kan bety tvangsinnleggelse.

Det er legens vurdering som må ligge til grunn for en tvangsinnleggelse. Og av og til samsvarer ikke omsorgspersonellets opplysninger med det inntrykk man som lege får når man besøker pasienten. Pasienten greier å samle seg den korte stunden legen er tilstede og dersom pasienten i tillegg har erfaring fra tidligere tvangsinnleggelse er han/hun ofte klar over hva som står på spill. Det er viktig å forklare hva som ligger til grunn for vurderingen på en forståelig måte og å diskutere det med de som står nært pasienten, både pårørende og personell.

### Skjønn

Tvangsinnleggelse er basert på skjønn. Vurderinger skjer uten støtte av objektive funn, uten laboratorieprøver, røntgen og urinprøve. Det eneste du har som lege er dine ører og øyne. Hva betyr egentlig ord som «klart beste», «nærlig-



gende», «alvorlig» og «vesentlig»? En telefon til psykiater kan være en hjelp, men til syvende og sist er det innleggende lege som fyller ordene med innhold.

Alle pasienter er forskjellige, noen er suicidale, noen er «splitter gærne», noen nekter å ta medisinene sine, andre vil ikke slippe inn hjelpepersonell og enkelte nekter å spise. Fastlegen legger inn et fåtall pasienter i året og det er derfor vanskelig å opparbeide seg erfaring som kan gjøre vurderingen enklere. Det praktiske arbeidet, som ikke er ubetydelig i forbindelse med en tvangsinnleggelse, blir lettere med erfaring, men selve avgjørelsen er alltid vanskelig.

Tvangsinnleggelse må være den klart beste løsningen for pasienten. Mange pasienter som blir tvangsinnlagt har vært tvangsinnlagt og tvangsbehandlet tidligere. En lege som kjenner pasienten godt kan vurdere den langsiktige effekten av en tvangsinnleggelse og eventuell tvangsbehandling. Dersom innleggelse sannsynligvis «bare» medfører en kortsiktig bedring av pasientens sykdom bør terskelen for tvangsinnleggelse være høy.

### Hvem skal legge inn pasienten?

Når du som fastlege følger pasienter over tid, i gode perioder og i vanskelige tider, blir pasientens vrangforstillinger og hallusinasjoner ikke lenger fjerne og fremmede. Pasientens psykotiske språk og mangel på sammenheng blir forståelige. Du vet at når hun snakker om mørke menn i stuen som besøker henne om natta og som flytter hennes sigaretter så snakker hun egentlig om politimannen som var inne hos henne en natt for mange år siden når hennes ektemann ringte politiet fordi at hun var dårlig. Og at telefonsamtaler fra sosialkontoret om regninger alltid «setter henne ut». Det som er forståelig er mindre skremmende. Det gjør det lettere å «stå i situasjonen» og dermed skape tillitt som gjør det mulig å nå pasienten med tiltak. En fastlege som er kjent med pasienten kan unngå mange tvangsinnleggelser.

Når pasienten likevel må tvangsinnlegges settes tilliten mellom lege og pasient på prøve. Det er en belastning også for legen å tvangsinnlegge pasienter og det kan være fristende å overlate selve innleggelsen til en annen lege. Redselen for at behandlingsalliansen skal ødelegges av en tvangsinnleggelse er overdreven. Fastlegen har de beste forutsetninger for å vurdere om en tvangsinnleggelse ut fra en «helhetsvurdering» er det «klart beste» for pasienten. Det å unngå å gjøre denne vurderingen er å svikte pasienten.

### Observasjonsinnleggelse

Vurdering om vilkårene er tilstede er vanskelig. Så vanskelig at loven har åpnet for tvil.

«Dersom legen etter personlig undersøkelse som nevnt i §§3–4 og 3–5, er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og anser videre undersøkelse nødvendig, kan offentlig myndighet eller den nærmeste begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne ut om vilkårene er oppfylt, jf. §3–8.»

Forskjellen er at man overfører ansvaret for vurderingen til spesialisthelsetjensten. Men vurderingen om å bruke tvang må fastlegen likevel gjøre. For pasienten har det nok liten betydning om han er tvangsinnlagt etter §3.3 eller §3.8.

### Hvorfor blir tvang brukt så ofte i Norge

Tvunget psykisk helsevern blir brukt ofte i Norge, oftere enn i andre land (som vi liker å sammenligne oss med).

Vilkårene for tvunget psykisk helsevern forteller noe om alvorlighetsgraden av pasientens sykdom. Noen sykehus har så dårlig med akutt plasser at bare pasienter som oppfyller vilkårene er aktuelle for innleggelse. Dersom innleggende lege mener at pasienten har behov for akutt hjelp påvirker dette selvsagt vurderingen.

En annen årsak kan være at overbelagte akuttavdelinger er lite villig til å utsette seg for «pasientenes ambivalens», det vil si at motivasjonen til pasienten svikter etter kort tid på avdelingen. For å sikre seg en «behandlingsallianse» med pasienten som varer over tid, ønsker de at pasienten er innlagt «på paragraf».

Man skal heller ikke se bort fra at tilbudet i kommunehelsetjenesten påvirker graden av tvang, Frivillighet skal være prøvd står det i loven. «Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.» Dersom kommunene hadde anledning til å følge opp den alvorlig psykisk syke pasienten tettere, fremfor alt med medisiner, er det mulig at mange tvangsinnleggelser kunne vært unngått.

### True med tvangsinnleggelse, er det så lurt?

Hva med frivillighet under tvang? Her beveger vi oss i lovens og etikkens grenseland. Å true med tvangsinnleggelse er oftest lite lurt, det kan fremkalle «ikke ønskelige reaksjoner» hos pasienten. Men hos pasienter man kjenner godt, der pasientens adferd er forutsigbar og kjent, kan det likevel være en fremkommelig vei. «Du vet jo at du er nødt til å ta medisinene dine og slippe inn psykiatrien. Vi har vært her tidligere du og jeg, og jeg har lite lyst å sende deg til Bodø igjen, det vet du ... for du har vel selv ikke lyst å dra, har du det?»



Dersom det kan få pasienten til å endre adferd og dermed gi en mulighet for bedring uten bruk av tvang, kan det forsvares å true med innleggelse.

### Allmennheten og tvang

Pårørende til pasienter med alvorlig psykisk lidelse lever i sykdommen, de rir bølgene, følger opp- og nedturen. Når pasienten blir dårlig, og livet blir vanskelig, kanskje uutholdelig å leve, ber de helsevesenet om hjelp. Dersom pasienten nekter og vilkårene for tvang ikke er tilstede, står vi maktesløse. De pårørende har av naturlige grunner vanskelig for å skjønne at «ingen» kan gjøre noe.

Politi og allmennheten har vanskelig for å akseptere at det er lov å være «gal» og at dersom ikke tilleggsvilkårene er oppfylt er det lite helsevesenet kan gjøre.

Det er et paradoks at allmennheten, og av og til helsepersonell, mener at psykiatrien svikter, og at pasienter får gå til grunne og at farlige mennesker får gå ut i gatene og true helsen til vanlige folk, samtidig som Norge bruker tvang i større grad enn andre land. Det kan virke som om allmennheten ikke tar rettssikkerheten til psykiatriske pasienter på alvor. Er det fastlegen som skal være pasientens advokat og beskytte pasienten mot det overgrep en tvanginnleggelse utvilsomt innebærer? Ja, dersom ingen annen gjør det, er vi nødt til å påta oss den oppgaven.

### Sluttord

Tvangsinnleggelse er en blandning av medisinsk fagkunnskap, skjønn, jus og pragmatisme som er krevende både menneskelig, emosjonelt og faglig. Kunnskap om loven og regelverket ved tvunget psykisk helsevern er en forutsetning for å sikre pasientens rettsikkerhet, men også for å være trygg i møtet med en pasient, pårørende og helsepersonell.

### Praktiske råd ved innleggelse

- Planlegg innleggelsen dersom det er mulig.
- Les NEL eller Legevaktshåndboka for å oppdatere kunnskap om rutiner og lowverk.
- Skriv henvisningen før konsultasjonen/sykebesøket dersom den skal inneholde mye om tidligere sykehistorie, ting du allerede vet, fyll ut pasientens opplysninger og psykisk status ved konsultasjonen/sykebesøket.
- Sett av nok tid for innleggelsen, pasienten trenger tid for å akseptere avgjørelsen.
- Vær tålmodig, rolig og bestemt.
- Informer pasienten om loven og mulighetene til å anke til kontrollkomisjonen
- Dersom pasienten ikke er kjent bør politiet være tilstede.
- Politiet bør være sivilkledd og dersom det ikke er fare for helsepersonell, vente i bilen (helst sivil politibil), inntil passende tidspunkt.
- Pasienten må fotfølges under transporten, det betyr at en kvinne bør ha en ledsager av samme kjønn.
- Transportmåte bestemmes av pasientens tilstand. Bruk av ambulansedyr medfører en rekke praktiske problemer og bør bare brukes dersom pasienten påføres vesentlig belastning av å transporteres på annen måte.
- Skjema for innleggelsesbegjæring og legeattest finnes i NEL og i Legevaktshåndboken.

Lene går fortsatt til samtaler hos meg. Vi snakker nå ikke lenger om «overgrepet» hver gang, hun har kommet seg videre. På direkte spørsmål om hun føler at det kom noe godt ut av episoden i 1998 svarer hun at hun ikke hadde det noe særlig på den tiden, men at det på ingen måte kan rettferdiggjøre hendelsen. Hun synes likevel at det er greit å få snakke om de forholdene som var årsaken til at hun hadde det vanskelig for åtte år siden.

## Håndtering og behandling av hodeskader, s. 33–35

### Referanser

1. Shackford SR, Mackersie RC, Holbrook TL et al. The epidemiology of traumatic death: a population-based analysis. Arch Surg 1993; 128: 571–5.
2. Jennett B. Epidemiology of head injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 362–9.
3. Sundstrøm T, Sollid S, Wester, K. Hodeskadedødsfall i Norden 1987 – 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1310–2
4. Mortensen K, Romner B, Ingebrigtsen T. Epidemiology of head injuries in Troms. Tidsskr Nor Lægeforen. 1999 Mai 20;119(13):1870–3.
5. Stein SC, Spettell C. The head injury severity scale (HISS): a practical classification of closed-head injury. Brain Inj. 1995; 9: 437–444.
5. Ingebrigtsen T, Rise IR, Wester K, Romner B, Kock-Jensen C. Skandinaviske retningslinjer for håndtering av minimale, lette og moderate hodeskader. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1985–90.
6. Wester T, Fevang LT, Wester K. Decompressive surgery in acute head injuries: where should it be performed? J Trauma. 1999; 46: 914–9.
7. Sollid S, Munch-Ellingsen J, Gilbert M, Ingebrigtsen T. Pre- and inter-hospital transport of severely head-injured patients in rural Northern Norway. J Neurotrauma. 2003 Mar;20(3):309–14
8. Maas AIR, Dearden M, Teasdale GM, Braakman R, Cohadon F et al. EBIC-Guidelines for Management of Severe head Injury in Adults. Acta Neurochir (Wien) 1997; 139: 286–94.