

# Frivillighet - tvang Psykisk helsevernloven mm.

For LIS 1 i primærhelsetjenesten  
i Vestfold og Telemark

Steinar Halvorsen Planting  
Overlege, spes. Psykiatri, Sykehuset Telemark  
16.10.19

# Hvordan hjelpe pas med psykiske lidelser best mulig?

- Pas med psykiske lidelser er som deg og meg
- Pas med psykiske lidelser har en betydelig somatisk oversykkelighet og overdødelighet
- Pasienter med somatisk sykdom har betydelig psykiatrisk komorbiditet og ruslidelser
- Godt samarbeid – bruke hverandre edruelig – tilby pasienten hjelp der han/hun får BEST BEHANDLING totalt (LEON)

# Endringer i psykisk helsevernloven

Fra 01.09.17

# Bakgrunn for endringene

- Berntutvalget 2009 – foreslo et nytt utvalg
- Paulsrudutvalget NOU 2011:9 - Økt selvbestemmelse, autonomi og rettssikkerhet. Foreslår endringer i psykisk helsevernloven
- Lovvedtak 50 (2016-17) Stortinget vedtar endringer i psykisk helsevernloven etter en omfattende høring av Paulsrudutvalget 2011.
- 2019 – ny utredning ute på høring - tvangsbegrensningsloven

# Oppbygging av loven

- §1 – formål
- §2 – frivillig psykisk helsevern
- §3 – etablering av tvunget psykisk helsevern
- §4 – gjennomføring av tvunget psykisk helsevern

# Formål § 1.1

- Henviser til menneskerettighetene - gir føringer for tolkning og praktisering av loven
- Tydeliggjøring av lovens formål om å forebygge og begrense bruken av tvang
- Selvbestemmelsesrett
- Respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet

# Tidligere lovverk ved tvang

- Hovedkriterie
  - Alvorlig sinnslidelse
- Tilleggskriterie
  - Fare for eget eller andres liv eller helse
  - Behandlingskriteriet - Fare for forverring eller at utsikt til vesentlig bedring tapes uten behandling

(vi som behandlere kunne da definere hva som var å få det verre eller bedre, ikke pasienten)

# Manglende samtykkekompetanse

- Nytt tilleggsvilkår for tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling, § 3-2, 3-3 og 4-4
- Innebærer en dreining fra diagnosefokus til funksjonsnivå
- Gjelder ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse
  - NB-ikke gjort unntak ved fare for egen helse



# Samtykkekompetanse

- Kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming **åpenbart ikke** er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

# Samtykkekompetanse

- Har pasienten
  - evnen til å **forstå** informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp?
  - evnen til å **anerkjenne** informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene?
  - evnen til å **resonnere** med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene?
  - evnen til å uttrykke et **valg**?

# Skjerpede krav til begrunnelse av vedtak

1. Frivillig vern har vært forsøkt eller er formålsløst
2. Pas er undersøkt av to leger
3. Pas mangler samtykkekompetanse. NB gjelder ikke ved nærliggende fare for eget liv eller andres liv og helse
4. **Overveiende sannsynlig** at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern (3-2) eller **fyller sikkert** vilkårene, dvs har en alvorlig sinnslidelse (3-3)
5. Pas er gitt anledning til å uttale seg
  1. Pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang
  2. Pasientens syn på frivillige tiltak
6. Hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, er vurdert
7. At tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern etter en **helhetsvurdering er klart det beste for pasienten**

# Akuttpsykiatrisk situasjon legevakt

- Hva er best for pasienten?
- Hvor får pasienten best behandling?
- Hva ønsker pasienten!!
- Psykiatrisk bistand
  - Råd per telefon
  - Rask time i Akuttambulant team/poliklinikk
  - Innleggelse psyk avdeling
    - Frivillig
    - Tvang
    - sikre at lovverket oppfylles

# Hva er det rette tiltaket?

- Mange hensyn:
  - Pasientens ønske
  - Best behandling
  - Motivasjon – mulighet for endring
  - Evne til å ta gode valg
  - Beskytte samfunnet
  - Beskytte pasienten mot seg selv
  - Frivillighet!!!!!! – tvang er unntaket
  - Press fra pårørende
  - Lovverket MÅ følges
  - Et stappfullt venterom.....

# Undersøkelse i 1. linje

- Frivillig innleggelse og tvangsinnleggelse fordrer at pasienten er undersøkt og henvist av lege
- Frivillig undersøkelse hos fastlege/legevakt eller ved hjemmebesøk
- Tvungen legeundersøkelse

# Tvungen legeundersøkelse

- Tvungen legeundersøkelse § 3.1
  - Mistanke om behov for TPH
  - Pasienten unndrar seg undersøkelse
  - Kommunelegen fatter vedtak om tvungen undersøkelse (delegert til legevakten på kveld/helg)
  - Pasienten kan da bringes inn eller undersøkes hjemme med tvang (politi)
- Sørg for egen sikkerhet og søk bistand fra politi

# Lovverket ved innleggelse psykiatri

- § 2.1 – frivillig innleggelse med samtykke fra pasienten
  - §2.2 – «frivillig tvang»
- § 3.2 – innleggelse til tvungen observasjon
  - Overveiende sannsynlig alvorlig sinnslidelse
- § 3.3 – innleggelse til tvunget psyk. Helsevern
  - Sikker alvorlig sinnslidelse



# Kriterier for tvang

- Frivillighet skal være forsøkt uten hell, eller være åpenbart formålsløst
- Pasienten skal undersøkes av to uavhengige leger
- Helhetsvurdering skal tilsi at tvang er den klart beste løsningen
- Hovedkriterie
  - Må alltid være oppfylt
- Tilleggs-kriterie
  - Ett av to må være oppfylt

# Kriterier for tvang

- Hovedkriteriet
  - Alvorlig sinnslidelse
    - psykose, psykosenær tilstand med realitetsbrist hvor evnen til å ta rasjonelle valg bortfaller
    - §3.3 (sikker)
    - §3.2 (overveiende sannsynlig)

# Kriterier for tvang

- Tilleggskriteriet
  1. Nærliggende og alvorlig fare for eget liv/andres liv eller helse
  2. Utsikt til helbredelse/bedring reduseres betydelig, eller tilstand vil ytterligere forverres uten behandling
    - Samtykkekompetanse mangler

# Vurdering av samtykkekompetanse

- Åpenbart ikke samtykkekompetent etter vurdering av følgende momenter:
  - **F**orstå informasjonen om helsehjelpen
  - **A**nerkjenne informasjonen ift egen situasjon
  - **R**esonere – med bakgrunn i informasjonen og egen situasjon
  - **V**alg – greie å uttrykke et veloverveid valg på grunnlag av informasjonen og resonnementet

# Formalia i 1. linje ved tvangsinnleggelse

- Personlig undersøkelse av pasienten
- Angivelse av innleggesparagraf
- Kan gjerne bruke skjema som angitt på helsebiblioteket
- Notat som beskriver de observasjoner og funn som ligger til grunn for vurdering av kriteriene for tvang
  - Hovedkriteriet
  - 1 og/eller 2 tilleggskriterier
  - Samtykkekompetansevurdering
  - Frivillighet er formålsløst og tvang er beste løsning etter en totalvurdering

# Formalia i spes.helsetjenesten

- Kontrollundersøkelse i løpet av 24 timer
- Påse at formalia ved innleggelse er korrekt
  - Pasienten skal undersøkes av to uavhengige leger
  - Frivillighet skal være forsøkt uten hell, eller være åpenbart formålsløst
  - Helhetsvurdering skal tilsi at tvang er den klart beste løsningen
  - Hovedkriteriet
  - Tilleggs-kriteriet
  - Samtykkekompetanse

# Klageadgang

- Både pasient og pårørende
- Informeres om klagerett og få all nødvendig informasjon for å ivareta sin rett
  - Rett til advokat
- Klage på brudd på formalia
- Klage på selve vurderingen
- Kontrollkomisjon
- Tingretten

# Varighet av vedtak om TPH

- § 3-2 observasjon i inntil 10 dager, kan forlenges med en periode
- § 3-3 TPH gyldig i 1 år, kontrollundersøkes hver 3. mnd



# Endret lovverk med større fokus på pasientens autonomi - Konsekvenser for praksis

- Strengere vilkår for tvang basert på en vurdering av samtykkekompetanse – fra diagnose til funksjonsvurdering
- Behandlingskriteriet blir svekket . Gjenvinner pasienten samtykkekompetanse kan behandling velges bort
- Vi må møte alvorlig psykisk lidelse i større grad med tilbud om frivillige tiltak og akseptere at pasienter takker nei

# Spørsmål vi kan reise

- Hva legger vi i begrepet «samtykkekompetanse»?
- Hvordan skal vi forstå farekriteriet når behandlingskriteriet blir svekket?
- Hvordan møter vi pårørende (og samfunn for øvrig) når tvang ikke kan anvendes?
- Hvordan kan vi samhandle til pasientens beste med frivillighet som utgangspunkt?
- Hvordan kan vi likevel være tydelige og nok «autoritære» i møte med ambivalente, utrygge psykotiske pasienter som trenger rammer?

# Kapittel 4 – gjennomføring av tvunget psykisk helsevern

- Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige.
- Det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn.
- Tiltaket må gi en så gunstig effekt at det oppveier ulempene.
- Det minst inngripende tiltak skal brukes

# Kapittel 4 – gjennomføring av TPH

- Skjerming (§4-3)
- Undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§4-4)
- Forbindelse med omverdenen (§ 4-5)
- Undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon (§4-6)
- Rusmiddeltesting (§4-7a)
- Bruk av tvangsmidler (§4-8)
  
- **Bruk av disse tiltakene skal evalueres sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet**
- Pasienten skal tilbys **minst en samtale** om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. **Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres**

## Endringer i § 4-4 – vilkår for tvangsbehandling

- Vilkår om manglende samtykke (unntak fare)
- Frivillighet skal være prøvd
- Pasienten skal være tilstrekkelig undersøkt
- Kan bare iverksettes etter **5 dager med observasjon**
- Det skal være stor sannsynlighet for helbredelse eller bedring med tiltaket

# Krav til vedtak etter § 4-4

- Virkemidler for gjennomføringen av tiltak skal beskrives
- Type legemiddel og dosering skal beskrives, ev. hvilken ernæring som gis
- Hvilken effekt tiltaket forventes å ha og når den forventes å inntre
- Forventede bivirkninger og eventuell risiko for varig skade
  - Fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger
- Hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet fremover
- Om det er gitt forhåndserklæringer eller tidligere erfaring med tvang
- Pasientens syn på aktuelle frivillige tiltak
- Oppfatning til annet kvalifisert personell

# Dilemmaer

- Åpenbart psykotisk sjuk med et, i våre øyne, miserabelt liv uten medisiner, men med bedring og gjenvunnet samtykkekompetanse etter behandling
- Manisk/psykotisk pasient som samtykker til innleggelse
- Personer som blir akutt og forbigående psykotiske og farlige i amfetaminrus
- Pasient som samtykker med bakgrunn i informasjon om at vi må vurdere tvang
- Personlighetsforstyrrelse med forhøyet selvmordsfare over tid, hvor behandlingsplan slår fast at autonomi må styrkes
- Forvirret og hallusinert uten samtykkekompetanse pga somatisk årsak (Delir)

Delir –  
Akutt forvirringstilstand



# Delirium – akutt hjernesvikt



# Delir - Akutt hjernesvikt

## Organisk betinget forvirringstilstand

- Skyldes forstyrrelse i hjernens metabolisme
  - Mangel på nødvendige næringsstoffer
  - Tilstedeværelse av toksiske stoffer
- Delir er et meget alvorlig symptom, og er et varsel om en livstruende tilstand, CNS svikter
- Oftest akutt begynnelse med vekslende forløp
- Oftest forbigående

# Delirium symptomer

- alle symptomer er sterkt vekslende

- Forvirring
- Kognitiv svikt
  - Hukommelse, desorientering, persepsjon
- Forstyrret bevissthet, uklarhet
  - Redusert oppmerksomhet, uklar oppfattelse av omgivelsene, vekslende fokuseringsevne
- Hyperkinesi
  - sterk uro og atferdsproblem, agitasjon, vold, tremor, roping
- Hypokinesi
  - apatiske, tilbaketrukne
- Forstyrret søvn-våkenhetsrytme
- Visuelle hallusinasjoner (ofte skremmende)

# Delirium omfang og konsekvenser

- 15-20% av pasienter på somatiske avdelinger og på sykehjem
- 60-80% av pasienter på intensivavdelinger
- Medfører feildiagnostisering, feilbehandling eller dårligere behandling
- Økt liggetid, økt sykkelighet, komplikasjoner
- Ubehandlet har det høy dødelighet

# Diagnostikk - delirium

- Samtale med pasienten
- Observasjon!!!
- Komparentopplysninger
  - Debut og forløp
  - Akutt debut – vekslende forløp
- Bred somatisk kartlegging
  - Bred lab
  - Blodkultur, u-stix, EKG, spinalpunksjon
  - Rtg thx, CT caput, UL abd
  - Blærescan

# Diagnostikk - delirium

- Delirium skilles fra demens ved:
  - Akutt debut
  - Vekslede symptomer og forløp
  - Svekket bevissthet, dvs uklar oppfattelse av omgivelsene, redusert fokuseringsevne, usammenhengende
  - Relatert en utløsende årsak
- Viktigste er å huske på og søke somatisk årsak
- Farlig å overse – ubehandlet høy dødelighet

# STHFs Deliriumprosedyre

- ”...Organisk delirium er forårsaket av somatiske årsaker...”
- ”Pasienter med organisk delir behandles på somatisk avdeling”
- Når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og ikke er samtykkekompetent kan pasienten tvangsbehandles på somatisk avdeling og sykehjem i hht pas.rett.loven kap 4A

# Husk kap 4a i pasient og brukerrettighetsloven

- Tvang ved somatisk behandling
- Pasient uten samtykkekompetanse som aktivt motsetter seg nødvendig helsehjelp
- Fattes i eget skjema og sendes fylkesmannen for stadfesting
  - Dokumentere behov, samtykkekompetansevurdering, inngrepets art
  - Dokumentere helt konkret hva som skal gjøres og hvordan
  - Dokumentere at det er døftet med annet helsepersonell og pårørende
- Bør fattes oftere
- Unntak er nødrettbetraktninger i en akuttsituasjon



# Nødrett

- Straffelovens § 17:

«en handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom, eller en annen interesse fra en fare eller skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, OG denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen»

# Ved samarbeid om krevende pasient mellom legevakt, somatikk, psykiatri

- Ring og snakk sammen
- Lage gode planer til hverandre
- Signaliser tilgjengelighet og mulighet for drøfting igjen
- Signaliser mulighet for felles vurdering
- Signaliser mulighet for tilbakeføring ved behov
- Pasientens beste i fokus!!!
  - Hvor får pasienten optimal behandling

# SELVMORDSRISIKO

Hovedvekt på håndtering av kronisk  
forhøyet risiko hos pas med  
personlighetsforstyrrelse

- og hvordan loven bør brukes

# Selvdestruktiv atferd og forhøyet selvmordsfare

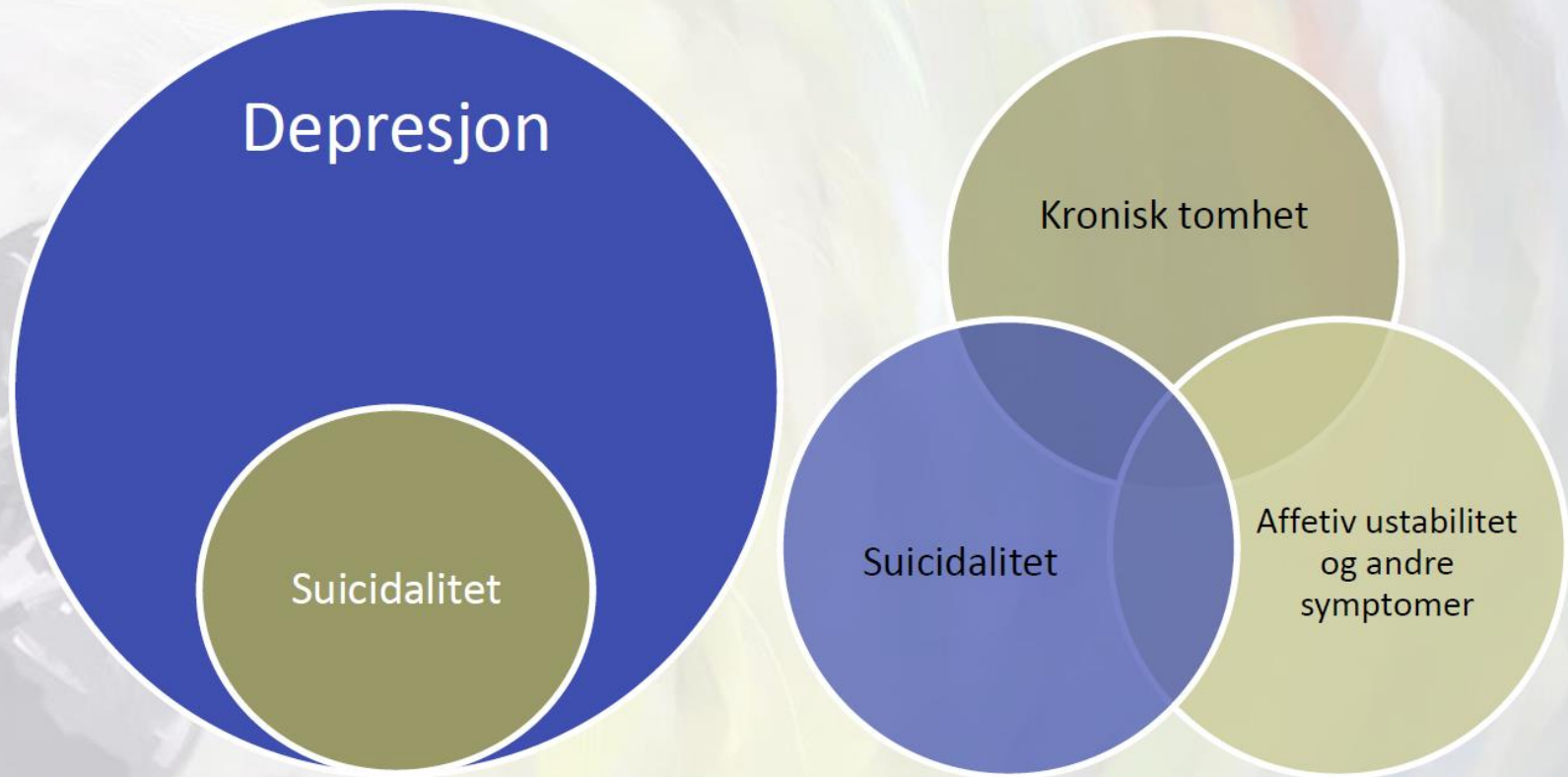
- Skille mellom
  - Kronisk selvdestruktiv atferd som ledd i en personlighetsforstyrrelse
  - Akutt selvmordsatferd ved alvorlige livskriser, depresjoner og psykoser

# Selv mord



- Viktigste dødsårsak blant unge voksne i Norge
- Forebygging eller forhindring av selvmord er en av de viktigste oppgavene til klinikere i psykiske helsevern

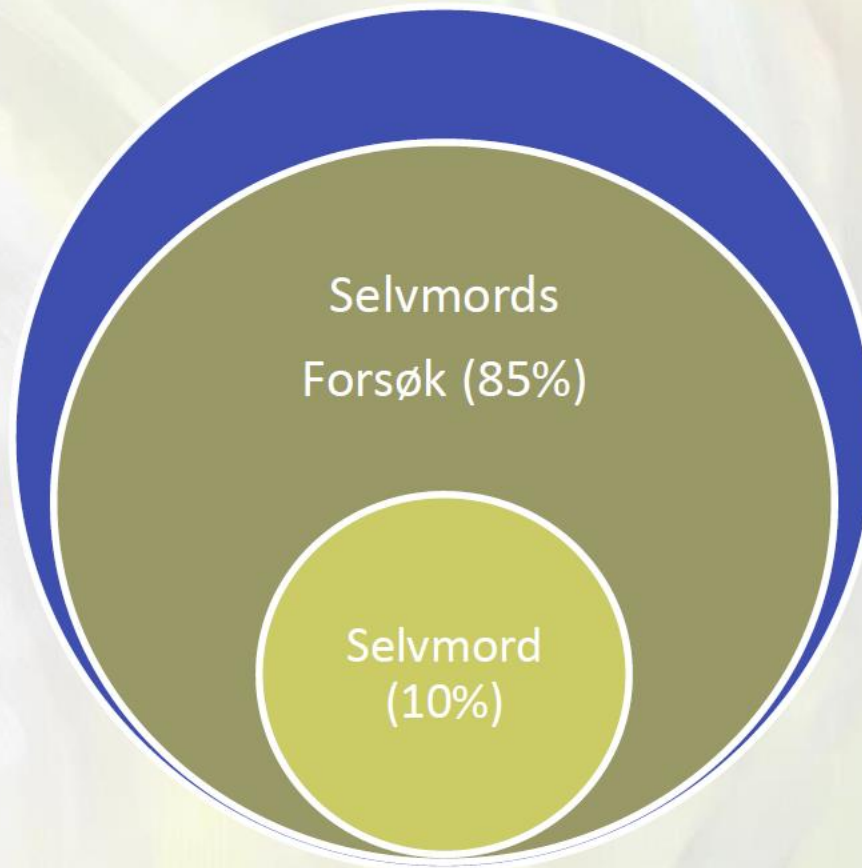
# Suicidalitet



# Selvmondsrisikovurdering

- Må være til støtte for GOD BEHANDLING
- Kartlegge og avdekke:
  - Aktuelle situasjon
  - Psykisk status – lidelsestrykk
  - Psykiatrisk diagnose
  - Selvmordstanker og planer
  - Historikk, tidligere selvmordsforsøk
  - Risikofaktorer og beskyttende faktorer
- KONKLUSJON – Selvmordsrisiko forhøyet eller ikke – her og nå og på sikt
  - BEHANDLINGSTILTAK er det viktigste

# Borderline personlighetsforstyrrelse





# Emosjonelt ustabil PF

## sårbar og sint

- Redsel for å bli forlatt
- Ustabile relasjoner til andre
- Dårlig selvbylde
- Sterke og svingende affekter
- Svart - hvitt
- Sinne mot seg selv
- Selvdestruktive
- Impulsiv – handle uten konsekvenstenking
- Selvmordstrusler – selvmordsforsøk
- dissosiasjon

# Påstander:

## Borderline personlighetsforstyrrelse

- Krevende gruppe å jobbe med
- Profitterer ikke på behandling?
- Manipulerende eller syke?
- Forskning viser at behandling hjelper
- Poliklinisk behandling/psykoterapi anbefalt

# Hjelpesøkeratferd



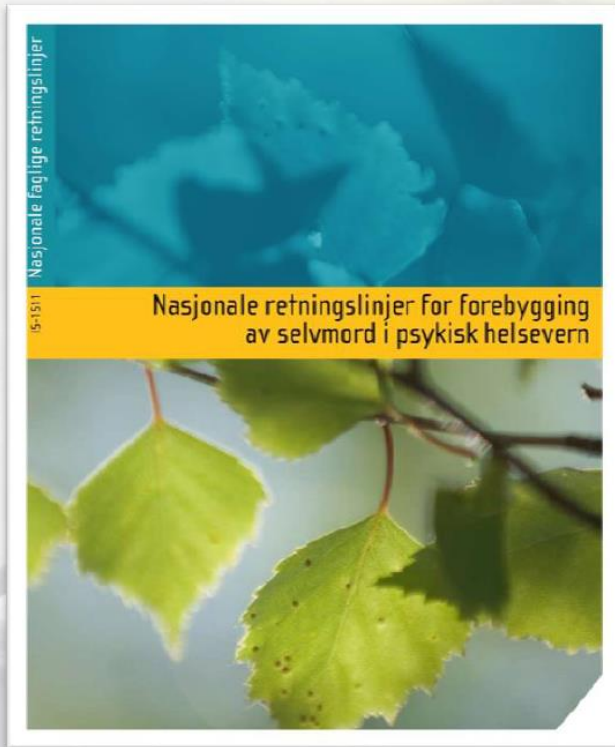
- Disse pasientene søker ofte hjelp selv, og kan ønske innleggelse
- Kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet etter selvskading eller selvmordsforsøk

# Hjelpesøkeratferd



- Ikke alltid sterk dødsintensjon men mangler strategier for å håndtere vanskeligere affekter
- Selvmordsatferd - innleggelse - kommunikasjonsform/mestringssstrategi
- Innleggelse - opplevelse av kontroll

# Nasjonale retningslinjer



- Anbefaler poliklinisk oppfølging gjerne kombinert med gruppebehandling
- Advarer mot lange innleggelseser
- Ivareta pasient i en akutfase, ikke som behandling for grunnlidelsen
- Anbefaler samarbeid mellom sengepost og poliklinikk

# Suicidalitet ved Personlighetsforstyrrelser

- Spes ved emosjonelt ustabil PF og dyssosial PF
- 10-15 x økt risiko
- DBT/MBT har effekt
- Kronisk suicidalitet – lojalitet mot den langsiktige behandlingsplanen
- Krise – kortvarig innleggelse
- Raskt tilbake til stabil poliklinisk behandling ttf en viss risiko

Hvorfor legges de likevel inn?

&

Hvordan kan vi bli bedre?

# Oppstykket behandlingsskjede



- Pasient i krise legges ofte ikke inn av fast behandler på DPS
- Ofte av legevaktsleger som ikke kjenner pasient, ikke har tilgang til pasientens journal eller mulighet diskutere med kjent behandler

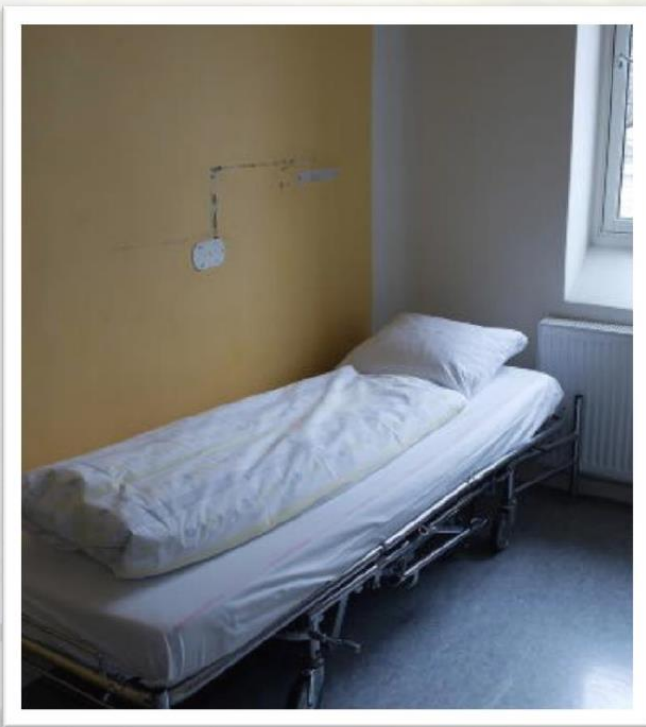


# Frykt hos behandler



- Selvmord er kanskje det vi frykter mest?
- Press fra mange hold
- Redusere risiko på kort sikt blir viktigere enn å lære pasient håndtere og mestre vanskelige situasjoner

# Innleggelses? Alternativer?



Polikliniske  
samtaler

Mer ambulant  
oppfølging

Tett  
samarbeid

Kveldsåpne  
akutteam

Aktivering  
av eget  
sosialt  
nettverk

# Legevakt etter selvskading – SRV kronisk forhøyet – hva da?

- Hva er god behandling?
- Hvordan møter vi pasienten og formidler vår vurdering og råd?
  - Lege- og balansekunst
- Hvordan fremmer vi pasientens evne/mulighet til å velge bedre, handle bedre, trene på å mestre?
- Mobilisere nettverk
- Kople på fastlege / fast behandler / AAT
- Innleggelse?
  - Kan være nødvendig og uunngåelig
  - Men kortvarig – frivillig på åpen avd – balansere ansvar og støtte