



Tvangsbehandling av somatisk sykdom ved psykisk lidelse

HELSE OG JUS

INGUN KATHARINA HOEL BJORÅ

E-post: ingun.hoel.bjora@gmail.com

Ingun Katharina Hoel BJORÅ er LIS-lege ved Voksenpsykiatriske avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JACOB JOREM

Jacob Jorem er lege i spesialisering på Voksenpsykiatriske avdeling, Diakonhjemmet Sykehus, jurist og forsker på Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIT TVEITO

Marit Tveito er ph.d. og spesialist i psykiatri ved Alderspsykiatriske avdeling, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingun Katharina Hoel BJORÅ og Jacob Jorem har bidratt likt til arbeidet med artikkelen.

Psykisk syke pasienter makter ikke alltid å ivareta sin somatiske helse. Når kan det være riktig å behandle somatisk sykdom under tvang? Vi drøfter aktuelt lovverk i lys av en kasuistikk.

En kvinne i 80-årene med paranoid schizofreni og fastlåste vrangforestillinger ble henvist til en frivillig innleggelse på en alderspsykiatriske avdeling. Kvinnen hadde bodd på en ordinær sykehjemsavdeling i mange år. Den siste tiden hadde hun hatt et stort funksjonsfall.

Kvinnen isolerte seg, utviste et minimum av personlig hygiene og spiste svært ensidig. I henvisningen ble det opplyst om at pasienten hadde dårlig syn grunnet katarakt, og at hun hadde takket nei til en kataraktoperasjon under opphold på en alderspsykiatriske avdeling for flere år siden.

I første samtale på alderspsykiatriske avdeling bar pasienten preg av sviktende egenomsorg. Hun ga ingen blikkontakt og var beskrevet å ha sterkt nedsatt syn med kun intakt lyssans. I samtalen fortalte hun at hun var fra to verdener, og at hun i den andre verdenen møtte en avdød pårørende som hun rådførte seg med. Ifølge pasienten var rådene hun fikk fra vedkommende svært viktige å følge. Hun opplevde nedsatt syn som sin eneste plage.

Pasientens vrangforestillinger hadde vært stabile til tross for forsøk på behandling. Disse ble beskrevet allerede ved første kontakt med psykisk helsevern for mange år siden.

Pasienten hadde tidligere ikke ønsket medikamentell behandling, men hadde likevel tatt imot antipsykotika siste tid. Det forelå ingen objektive vurderinger av inntak eller informasjon om nivå av legemidlet i blodet, da pasienten motsatte seg blodprøver.

Det syntes åpenbart at pasientens svært reduserte syn begrenset hennes livskvalitet. Videre

ble hennes psykotiske vrangforestillinger trolig forsterket av synstapet. Operasjon av pasientens katarakt ble derfor første behandlingsmål.

All helsehjelp skal som en hovedregel ytes på bakgrunn av samtykke fra pasienten. Pasientens samtykke må være gyldig og i samsvar med kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (1). For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten for det første være samtykkekompetent. For det andre må samtykket være avgitt frivillig. For det tredje må pasienten ha fått «nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen», jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Helsepersonellens informasjonsplikt vil variere ut fra blant annet inngrepets alvor og karakter og den aktuelle situasjonen (2, s. 424–5). Videre skal informasjonen gi pasienten et forsvarlig beslutningsgrunnlag for valg om egen helse (3, s. 132).

Bruk av tvang i helsehjelpen er et unntak fra hovedregelen om at pasienten skal samtykke til helsehjelp. Et slikt unntak må ha hjemmel i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd.

Selv om det finnes rettslig grunnlag for å bruke tvang, er ikke enhver form for tvangsbruk tillatt. Jo mer motstand pasienten gjør mot helsehjelpen og jo større graden av tvang er, desto mer inngripende vil helsehjelpen være. Videre vil det være mer inngripende å bruke tvang overfor en samtykkekompetent pasient enn en pasient som mangler slik kompetanse.

Tilstanden som behandles er avgjørende for hvilken lov som kommer til anvendelse. Lovgiver skiller prinsipielt mellom behandling av somatisk og psykisk lidelse. Behandling av pasientens psykiske lidelse skal skje i henhold til psykisk helsevernloven (4). Skal pasienten behandles for en somatisk lidelse, er det derimot pasient- og brukerrettighetsloven som gjelder. I praksis kan dette skillet by på krevende grensdragninger. Det at en pasient har en alvorlig psykisk lidelse, er likevel ikke til hinder for at vedkommende kan tvangsbehandles for sin somatiske sykdom etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Pasienten ble henvist til undersøkelse på øyeavdelingen, og det ble forsøkt å motivere pasienten til kataraktoperasjon. Til tross for at hun tok imot potente doser med antipsykotika under innleggelsen på alderspsykiatrisk avdeling, fremsto de psykotiske symptomene uendret, og hennes valg om ikke å la seg operere ble vurdert som overveiende psykotisk betinget. Muligheten for å gjennomføre kataraktoperasjonen med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven 4 A ble derfor vurdert.

Før det er aktuelt å bruke pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A som grunnlag for behandling overfor en pasient som motsetter seg helsehjelpen, må ansvarlig helsepersonell ta stilling til om pasienten mangler samtykkekompetanse i spørsmålet om behandling av sin somatiske tilstand.

Vilkårene for at pasientens samtykkekompetanse skal falle bort, fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd: manglende forståelseevne, sykdomsvilkåret og årsakssammenheng.

Det sentrale vilkåret er at «pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Vilkaåret om *manglende forståelseevne* må ses i sammenheng med de nevnte reglene for gyldig samtykke til helsehjelp. For at pasienten skal kunne ta et informert valg om videre behandling, må vedkommende være i stand til å forstå den informasjonen som blir gitt og hvilke konsekvenser det kan få å nekte behandling.

I en nylig avsagt avgjørelse om tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 uttaler Høyesterett seg om manglende samtykkekompetanse (5, avsnitt 33–71). Høyesteretts tolkning er overførbar til vårt tilfelle. Ifølge Høyesterett er det avgjørende for forståelseevnen «i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil

derfor ikke ha samtykkekompetanse» (5, avsnitt 63).

Vurderingen av hvor langt pasientens forståelseevne strekker seg – det vi kan kalle forståelse i vid forstand – er ofte utfordrende når man tar stilling til samtykkekompetanse i en klinisk hverdag. Denne vurderingen må basere seg på klinisk skjønn. Elementene i vurderingen av pasientens forståelse sammenfattes ofte i akronymet FARV: pasientens evne til å *forstå* informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp – det vi kan kalle forståelse i snever forstand; *anerkjenne* informasjon i sin egen situasjon, spesielt med tanke på egen lidelse og mulige konsekvenser av ulike behandlingsalternativer; *resonnere* med relevant informasjon i en avveining av ulike behandlingsalternativer; og uttrykke et *valg* (6, s. 16–18). Det er en forutsetning at alle de fire elementene i FARV er til stede for at pasientens evne til å forstå er i behold. Ut fra samtaler med vår pasient var det klart at alle de fire elementene i FARV ikke forelå med tanke på samtykket til kataraktoperasjonen.

Kravet om at pasienten «åpenbart» ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter, knytter seg til vilkåret om forståelseevne, og er et strengt beviskrav. Det må ikke være noen usikkerhet om hvorvidt pasienten forstår hva det innebærer å si ja til behandlingen (6, s. 15–6). I vårt tilfelle var det ikke noe usikkerhet knyttet til hvorvidt pasienten forsto hva et samtykke til kataraktoperasjonen omfattet.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd forutsetter videre at pasientens samtykkekompetanse har falt bort som følge av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming». Dette omtales som *sykdomsvilkåret* i rettspraksis. Lovteksten lister opp de tilstandene som er relevante. Manglende forståelse av andre grunner enn dem som er opplistet, som manglende språkforståelse og normal aldersdegenerativ utvikling, medfører ikke manglende samtykkekompetanse.

Endelig må sykdommen altså være årsak til at pasienten ikke forstår hva samtykket omfatter. Et slikt krav til *årsakssammenheng* danner forbindelseslinjen mellom sykdomsvilkåret og vilkåret om manglende forståelseevne. Det er ikke et krav om at årsaken til pasientens manglende samtykkekompetanse og den tilstanden som behandles er den samme. I vårt tilfelle var pasientens psykiske forstyrrelse årsak til hennes manglende samtykkekompetanse, mens katarakt var den somatiske tilstanden som skulle behandles.

Vurderingen av pasientens evne til å samtykke skal gjøres konkret, og samtykkekompetansen faller kun bort for det som vedkommende ikke forstår. Hvorvidt pasienten er samtykkekompetent med tanke på behandling av sin psykiske lidelse, skal ikke vurderes i forbindelse med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

På bakgrunn av denne vurderingen ble pasienten vurdert å mangle samtykkekompetanse for behandling av katarakt. Pasientens søster og pasientens verge ble kontaktet, og begge mente at hun ville ønsket å få synet tilbake dersom hun hadde vært frisk.

Det er likevel begrensninger i hvilken helsehjelp man kan gi i tilfeller hvor en pasient mangler samtykkekompetanse. Helsehjelp overfor en ikke-samtykkekompetent pasient som yter motstand, må tilfredsstillende kravene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3.

Som et utgangspunkt må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst, jfr. første ledd. Eksempler på tillitsskapende tiltak kan være at pasienten får tilstrekkelig informasjon og samarbeid med pårørende (7, s. 116–8). Tillitsskapende tiltak hadde vært forsøkt overfor pasienten i vårt tilfelle.

Hvis pasienten opprettholder sin motstand – eller helsepersonellet vet at pasienten med stor sannsynlighet vil oppholde sin motstand – kan det likevel treffes vedtak om helsehjelp dersom tre vilkår er innfridd: Unnlattelse av å gi helsehjelp vil kunne føre til «vesentlig helseskade» (andre ledd bokstav a), helsehjelpen anses som nødvendig (bokstav b) og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (bokstav c). Med «vesentlig helseskade» menes det at skaden må ha et betydelig omfang og/eller få alvorlige konsekvenser dersom helsehjelpen uteblir. Situasjonene som er omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven

kapittel 4 A er likevel ikke så alvorlige eller akutte («påtrengende nødvendig») at det utløser plikten helsepersonell har til å yte øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7 (7, s. 118–20). I vårt tilfelle ville det å bli blind være en alvorlig konsekvens for pasienten, og operasjon av hennes katarakt ble ansett som nødvendig og sto i forhold til behovet for helsehjelpen.

Endelig må helsehjelpen ut fra en helhetsvurdering fremtre som den «klart beste løsningen» etter § 4A-3 tredje ledd. Dette siste vilkåret innebærer at helsepersonell må veie hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett opp mot pasientens objektive behov for helsehjelp (7, s. 121–2). Ut fra en helhetsvurdering ble kataraktoperasjonen vurdert som den klart beste løsningen for vår pasient.

Vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 ble dermed vurdert å være oppfylt. Loven gir ingen uttømmende liste av mulige tvangstiltak, og det er forutsetning at et tvangstiltak er så lite inngripende som mulig.

Seksjonsoverlegen på øyeavdelingen fattet så et vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Det ble gjort nødvendige forberedelser til operasjonen, og pasienten ble opplyst om det planlagte inngrepet. Selve inngrepet var omfattende, da begge linser måtte skiftes. Fordi pasientens tilstand hadde vært ubehandlet over lengre tid, ble inngrepet mer komplisert enn først antatt.

Det postoperative forløpet var komplikasjonsfritt. Pasienten hadde fått tilbake synet på begge øyne og kunne igjen lese aviser og se på TV. Hun var svært takknemlig for behandlingen, og ble utskrevet etter kort tid. Sykehjemmet rapporterte om en markant bedret funksjon hos pasienten i etterkant. Pasienten ivaretok nå hygiene, spiste godt og var sosial. Vrangforestillingene virket å ha bleknet noe, og livskvaliteten fremsto betraktelig forbedret.

Pasienter med psykiske lidelser har en betydelig overdødelighet sammenlignet med befolkningen for øvrig. Denne økte dødeligheten kan for en stor del tilskrives mangelfull oppfølging av somatisk sykdom (8, s. 246–8).

Vår pasient motsatte seg undersøkelse og behandling grunnet vrangforestillinger og var nær ved å miste synet som følge av dette. Hun faller inn i en gruppe av sårbare pasienter som i liten grad evner å ivareta egen somatisk helse. Denne sårbare gruppen har ofte få pårørende som taler deres sak. I noen tilfeller kan det være aktuelt å bruke lovverket for å gi helsehjelp som kan bedre pasientens somatiske helse.

Ved tvangsbruk overfor pasienter stilles helsepersonell ovenfor situasjoner som aktualiserer både medisinske, etiske og juridiske vurderinger. Kan det være slik at helsepersonell vegrer seg for å gi helsehjelp mot pasientens vilje fordi det oppleves som etisk problematisk? Hvor alvorlig må tilstanden være for at helsepersonell griper inn med tvang for å gi helsehjelp?

Bruk av tvang for å gi nødvendig somatisk helsehjelp til psykiatriske pasienter er et eksempel på en type kliniske problemstillinger hvor god kjennskap til lovverket er viktig. Det er betenkelig dersom helsepersonell ikke tar stilling til psykisk tilstand og samtykkekompetanse i tilfeller hvor pasienter med alvorlig psykisk lidelse motsetter seg nødvendig somatisk behandling. Dersom helsepersonell ikke vurderer pasientens samtykkekompetanse i slike tilfeller, kan det i ytterste konsekvens få alvorlige følger for pasienten.

LITTERATUR:

1. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (16.11.2018).
2. Syse A. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal juridisk, 2015.

3. Ot.prp. nr. 12 (1998–1999). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99/id159415/sec1> (16.11.2018).
4. LOV-1999-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (16.11.2018).
5. HR-2018-2204-A. Norges Høyesterett – Dom. <https://lovdata.no/dokument/HRSIV/avgjorelse/hr-2018-2204-a?qHR-2018-2204-A> (5.12.2018).
6. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften%20med%20kommentarer.pdf> (16.11.2018).
7. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf> (16.11.2018).
8. Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 246–8. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. februar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0553
Mottatt 28.1.2018, første revisjon innsendt 12.11.2018, godkjent 29.11.2018.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no