



Somatisk tvangsbehandling

Kan en psykiatrisk pasient som ikke forstår at han trenger behandling for en somatisk tilstand, tvangsbehandles?

Det kommer bl.a. an på alvorlighetsgraden av den somatiske tilstanden. Hva man skal og kan gjøre når pasienten ikke har samtykkekompetanse er regulert i pasientrettighetsloven. Nødrett kan komme i betraktning.

En leser som arbeider ved en psykiatrisk avdeling har tatt opp følgende problemstilling:

En 56 år gammel mannlig flyktning fra Irak er kommet til Norge via Tyskland. Under oppholdet i Tyskland gjennomgikk mannen en legeundersøkelse. Ifølge pasienten sa legen at han var frisk.

Mannen kom til asylmottak i Norge, men ble etter få dager overflyttet til psykiatrisk sykehus pga. påfallende opptreden. Ved det psykiatriske sykehuset har han representert et betydelig diagnostisk problem, selv om det finnes personell ved posten som behersker arabisk. Det er ofte vanskelig å finne en logisk sammenheng i det han sier. Kombinerert med at han i perioder ikke aksepterer navnet sitt, har forestillinger om at han befinner seg i Argentina, og at det han ser utenfor vinduene er Bagdad, har han varierende grad av angst og aggresjon. Man mener at han mest sannsynlig har schizofreni. Når han blir sint, bruker han en del tyske ord, han kan tyske tallord. Mannen sier han er kommunist, og bruker «antikommunist» som skjellsord. Bildet kompliseres av at han besøkes av en bror (dvs. man vet ikke om det er broren), som tiltaler ham ved et annet navn, som han aksepterer. Den første tiden i sykehuset var han meget agitert og vanskelig å ha med å gjøre. Etter hvert er han gitt depotbehandling med Cisordinol etter formelt vedtak om tvangsmedisinerings. I begynnelsen motsatte han seg dette, men ikke lenger. Man har forsøkt å opprette en støttekontakt utenfor sykehuset, men han vil ikke vite av vedkommende. Sykehuset regner med at han vil være institusjonspasient i mange år og planlegger overflytting til langtidsavdeling.

Ved somatisk legeundersøkelse viser det seg at mannen har et meget høyt blodtrykk, 230/140 mm Hg, målt ved flere anledninger. Han er liten og sped. Mannen aksepterer ikke at dette betyr at han trenger behandling, og viser til utsagnet fra den tyske legen.

Blant mange andre spørsmål som melder seg i denne saken, reises problemstillingen om man kan utrede og ev. blodtrykksbehandle denne pasienten med tvang?

Det er laget en egen regel for samtykke der legen mener at pasienten ikke er i stand til å forstå sitt eget beste, jf. pasientrettighetsloven § 4-3. Det er legen som tar stilling til om pasienten er i stand til å avgi samtykke. Dersom legen mener at så ikke er tilfellet, skal dette begrunnes. Det skal også gis informasjon til pasienten og dennes nærmeste pårørende om avgjørelsen. Dersom det ikke er noen pårørende, skal beslutningen legges frem for pasienten sammen med en annen kvalifisert helsearbeider, f.eks. en annen lege.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, kan legen treffe avgjørelse om helsehjelp av mindre inngripende karakter i henhold til § 4-6 i pasientrettighetsloven. Spørsmålet er så om blodtrykksbehandling kan sies å være av mindre inngripende karakter. Formålet er å forebygge alvorlig sykdom, behandlingen er livslang, men medikamentene tåles vanligvis godt. I hvilken grad behandlingen er mindre inngripende, må også sees i forhold til risikoen ved ikke å behandle.

Pasientens nærmeste pårørende kan treffe avgjørelse om helsehjelp som er av mer alvorlig art enn «mindre inngripende». Det er uansett legen som informerer pasienten om avgjørelsen om å gi blodtrykksenkende medikamenter.

Dersom pasienten aktivt motsetter seg behandling, må behandlingstiltak basere seg på lovgrunnlag for tvang. Dersom det er fare for pasientens liv, kan legen basere seg på nødrett. Dette må dokumenteres i journalen.

Etikk

Etisk sett er prisen for tvangsbehandling manglende tillit til helsevesenet. Overgrep er noe en politisk flyktning vil være spesielt sårbar overfor, noe som tilsier forsiktighet. Det kan dessuten underminere samarbeidet rundt pasientens psykiske problemer, som kanskje er de viktigste i hans liv.

Problemet ble lagt frem for pasientens bror (som man tror det er). Broren brukte verken risikotall eller blodtrykstall, men sa til pasienten at dersom han ikke tok piller mot blodtrykket, ville han dø. Etter å ha hørt dette, tok pasienten pillene uten vanskeligheter. Pasienten motsetter seg vanligvis ikke blodprøver, men andre undersøkelser er det meget vanskelig å gjennomføre. Hans meget høye blodtrykk, som hans konstitusjon tatt i betraktning godt kan være sekundært til annen sykdom, er derfor ikke utredet.

Spørsmålet er så om det er etisk riktig å sette pasienten på blodtrykksenkende medikamenter uten å ha gjort en tilfredsstillende utredning?

– Pål Gulbrandsen, *Tidsskriftet*

Totalt foreldet pionerarbeid, eller?



Balint M

The doctor, his patient and the illness

395 s. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

Pris GBP 36

ISBN 0-443-06460-1

Da den engelske psykiateren Michael Balint gav ut denne boken i 1957, vakte den internasjonal oppsikt. Han påstod at når minst en tredjedel av pasientene i allmennpraksis vesentlig hadde psykologiske problemer, måtte allmennpraktikere selv både kunne diagnostisere og håndtere emosjonelle problemer like godt som de somatiske. Ellers kunne pasientenes emosjonelle problemer bli kronifisert i diffuse somatiske plager. Allmennpraktikeren måtte kunne vurdere pasientens personlighets virkning på sykdomsforløp og sykdomsutførelse, og han trengte den samme inngående kunnskap om indikasjoner, kontraindikasjoner og bivirkninger ved «legen som medikament» som ved farmaka. Psykoterapi i allmennpraksis måtte allmennpraktikere selv utvikle. Og i mange land, deriblant Norge, ble det startet opp såkalte Balintgrupper der allmennpraktikere møttes med sikte på å forstå mer av pasientenes psykiske problemer og hvilke overførings- og motoverføringsfenomener som opptrådte og hvordan disse best håndteres.

Boken er resultatet av et kvalitativt forskningsarbeid som forfatteren over en femårsperiode på begynnelsen av 1950-tallet gjennomførte sammen med en gruppe fastleger innen det offentlige helsevesen. De oppdaget slike fenomener som at legen ikke tilpasser seg pasientens person, pasienten må tilpasse seg legen, spesialistenes og allmennlegenes felles ansvarsfraskrivelse ved uklare somatiske symptomer, problemene ved alltid først å undersøke somatisk og utsette det psykososiale intervju, nødvendigheten av å få tak i pasientens særegne personlige sårbarhet (f.eks. avhengighet), problemene med «timing», dvs. når starte og når slutte en psykologisk intervensjon, og problemene med å gi støtte eller råd før man har undersøkt de psykososiale forhold.

Jeg må innrømme at jeg ble overrasket over å få til anmeldelse en ny utgave av denne 40 år gamle boken. Kunne den bringe noe av interesse nå? Ikke på teorisiden. Dens resultater er nå allmannseie, og vi har kommet mye lenger når det gjelder kunnskapen om klinisk kommunikasjon. Medisinstudentene har i dag ganske omfattende undervisning i dette samt i personlighetspsykologi med relevans for somatisk medisin. Vi har også diagnostiske og psykoterapeutiske metoder som egner seg i allmennpraksis. Men brukes de i praksis? Har legene kompetanse og tid til dette? Eller gjør man som for 50 år siden: bruker tid, krefter og penger på somatisk diagnostikk der noen få psykoterapeutisk orienterte samtaler ville vært nok? I så fall er boken en nødvendig vekker.

Uansett, den som ønsker å bli motivert til å studere viktige psykologiske fenomener og deres behandling i allmennpraksis, kan finne inspirasjon her. Vedkommende vil samtidig få et interessant historisk glimt inn i en allmennpraktikerverden der pasientene hadde tuberkulose, der spesialistene og sykehusmedisinen trodde seg å ha alle svarene, og der det opplevdes som en stor sensasjon å spørre mor til barnet med residiverende infeksjoner om hennes ekteskap. For alle andre interesserte anbefales en moderne lærebok om klinisk kommunikasjon.

Per Vaglum

Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo