

## Referat møte Faglig samarbeidsutvalg psykisk helse og rus

Tid: 31.8.23 kl. 13.30-15.00  
Sted: Videokonferanse (Teams)  
Møteleder: Vemund N. Myrbakk  
Referent: Trine Silsand

---

### Tilstede

Vemund N. Myrbakk	Avdelingsleder, avdeling Nord
Gørill Traasdahl	Avdelingsleder ROP, Bo og oppfølging, Målselv
Sarah-Karine Dalan	Psykolog FACT/AAT DPS Midt-Troms
Monica Nygaard	Harstad kommune avdelingsleder sosialmedisinsk avdeling
Hanne Jorid Nergård	Konstituert avdelingsleder, Rusavdelingen
Ann-Ellen Johansen	Tjenesteleder PHR/BU, Karlsøy
Siv-Hege Fagerheim	Seksjonsleder Psykiatrisk avdeling
Monica Nygård	Avdelingsleder ROP, Harstad
Øyvind Pedersen	Enhetsleder PHOR, Tromsø
Karin Hanstad	Avdelingsleder ROP, Bardu
Marie Varsi Pedersen	Statsforvalteren i Troms og Finnmark

### Forfall

Charlotte Bjørnskov Goll	Seksjonsoverlege Alderspsykiatrisk
Nina Jensen	Brukerutvalget UNN
Beathe Fridfeldt	Avdelingsleder avdeling Sør
Ann Kirsti Brustad	Pårørende representant
Marie Barlindhaug	Fastlege Tromsø

### Deltaker på sak:

Rigmor Hamnvik	Kommunalsjef Helse og omsorg Balsfjord, sak 27/23
Sylvia Buyle	leder FSU Barn og unge, sak 28/23
Ann-Evy Karlsen	ROP-tjenesten Målselv, sak 29/23

### Sekretariat

Trine Silsand	Rådgiver samhandling og helsetjenesteutvikling
Lene Kristiansen	Rådgiver samhandling og helsetjenesteutvikling
Marit Bergh	Seksjonsleder samhandling og helsetjenesteutvikling

---

**Sak:** 26/23  
**Tittel:** Innkalling og dagsorden  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 31.8.23

---

Utvalgets leder Vemund N. Myrbakk ønsket velkommen til møtet i faglig samarbeidsutvalg for psykisk helse og rus. Saksliste med saksfremstilling ble sendt ut til FSU-ets medlemmer i forkant av møte. Referat fra møtet 11.5.23 er godkjent via e-postrunde, og publisert på [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no).

**Vedtak:**

Innkalling og dagsorden er godkjent

---

**Sak:** 27/23  
**Tittel:** Samhandling og samtidighet i oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk helsetilstand mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.  
**Fra:** Rigmor Hamnvik, kommunalsjef Helse og omsorg, Balsfjord kommune  
**Møtedato:** 31.8.23

---

Gjennom saksfremlegget belyste Hamnvik utfordringene knyttet til oppfølging av personer med alvorlig psykisk helsetilstand, hvor kommunen ikke kommer i posisjon til å gi bistand eller oppfølging og som har hyppige innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det ble løftet frem behov for gode rutiner og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å sikre varetakelse og oppfølging av denne pasientgruppen, etterfulgt av diskusjon med innspill og erfaringer fra utvalgets medlemmer. Gjennom diskusjonen ble det gitt uttrykk for at saken ønskes med i vurderingen av saker som er aktuelle for det videre arbeidet i FSUet.

**Vedtak:**

Utvalget tar saken med til vurdering for det videre arbeidet i FSUet.

---

**Sak:** 28/23  
**Tittel:** Overganger fra barne- til voksenoppfølging mellom kommunal og spesialisthelsetjenesten.  
**Fra:** FSU Barn og unge v/ leder Sylvia Buyle  
**Møtedato:** 31.8.23

---

Leder for FSU Barn og unge, Sylvia Buyle, redegjorde for sakbakgrunn og ønsket innspill fra medlemmene i FSU PHR på hva som ansees viktig overgang fra barn til voksen orienterte helsetjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det skal opprettes en arbeidsgruppe som skal se på prosedyrer for overganger. FSU PHR er bedt om å stille med to representanter inn i

dette arbeidet. I møtet ble det blant annet vist til gode erfaringer i de tilfeller hvor det opprettes og etableres en kontakt før pasienten fyller 18 år, men erfaringer viser at det ikke er en systematikk over dette. Forskningsprosjektet «Mind the gap», hvor det settes fokus på pasienten, de pårørende og behandlere opplever i overgangen fra Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) til Voksenpsykiatrien (VOP) ble også nevnt som relevant i denne sammenheng. FSU Barn og unge kommer til å sende ut en mentimeter til medlemmene i FSU PHR for å innhente innspill til det videre arbeidet.

**Vedtak:**

1. FSU BU takker for initiativet og to representanter (1 representant fra kommunen og representant fra spesialisthelsetjenesten) til arbeidsgruppe vil meldes til sekretariatet.
2. FSU PHR ber representanter fra FSU BU ta innspill som fremkom på møtet med inn i videre prosess med arbeidet rundt overganger

---

**Sak:** 29/23

**Tittel:** Presentasjon av KID/KIB kurs

**Fra:** Gørill Traasdahl, avdelingsleder ROP, Bo og oppfølging, Målselv kommune.

**Møtedato:** 31.8.23

---

Ann-Evy Karlssen, terapeut for KID/KIB kurs fra ROP-tjenesten Målselv, ga en presentasjon av KID/KIB kurs, et lavterskeltilbud som er godt etablert i kommunen gjennom nært samarbeid med legetjenesten.

**Vedtak:**

FSU PHR takker for presentasjonene og tar den til orientering

---

**Sak:** 30/23

**Tittel:** Eventuelt

**Møtedato:** 31.8.23

---

Ingen saker ble meldt inn til sekretariatet i forkant av møtet.

- Utvalgsleder Vemund N. Myrbakk ga en statusoppdatering på arbeidet med framtidig klinisk struktur og organisering psykisk helse- og rusklinikken. Høringsutkast ny klinisk struktur og organisering PHRK kommer i uke 38 med høringsfrist 27.10.23. Utkastet omfatter blant annet endringer i tilbudet med forslag om nedleggelse av døgnenhet på Storsteinnes, Medikamentfritt behandlingstilbud og døgnenhet i Harstad. Vemund Myrbakk understreker viktigheten med at alle berørte parter benytter ukene før høringsfrist til å gi tilbakemelding på utkastet.
- Sekretariatet informerte om at NAPHA v/ Gretha Evensen går inn som medlem av FSUet
- Sekretariatet informerte om svarbrev fra helsedirektoratet vedrørende kommunenes adgang til å kreve utgifter refundert ved gjennomføring av tvangsmedisinering jf. psykisk helsevernforordningen § 22. Svarbrevet fremlegges som sak i FSU PHR 16.11.23.

- Sekretariatet orienterte kort om rapport fra Ukom vedrørende somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Vedlegg 1. Svar – Kommunens adgang til å kreve utgifter refundert ved gjennomføring av tvangsmedisinering

Vedlegg 2. Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse

---

**Sak:** 31/23  
**Tittel:** Neste møte og kommende saker  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 31.8.23

---

Neste møte avholdes digitalt den 16.11.23.

**Saker:**

- Svarbrev fra helsedirektoratet vedrørende kommunenes adgang til å kreve utgifter refundert ved gjennomføring av tvangsmedisinering
- Avgrensning av mandatet. Utvalg av saker som FSU PHR skal arbeide videre med
- Møteplan 2024 og arbeidsform

Saker meldes fortløpende til sekretariatet, og framstilles på egen mal. Malen finnes på [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no). Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes [trine.silsand@unn.no](mailto:trine.silsand@unn.no)

**Vedtak:**

FSU PHR tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF  
Postboks 1000  
1478 LØRENSKOG

Deres ref.: 20/13003-12  
Vår ref.: 22/19676-7  
Saksbehandler: Vårin Hellevik  
Dato: 22.08.2023

## **Svar- kommunens adgang til å kreve utgifter refundert ved gjennomføring av tvangsmedisinering, jf. psykisk helsevernloven § 22**

Helsedirektoratet viser til brev fra Akershus universitetssykehus av 6. mai 2022 med spørsmål om ovennevnte. Vi har fått samme spørsmål fra Sykehuset Vestfold i brev av 21.8.2021, Horten kommune i brev av 7.9.2021 og Nordkapp kommune i epost av 13. april 2023.

Dette brevet svarer ut alle ovennevnte henvendelser. Vi beklager lang saksbehandlingstid.

Spørsmålet som stilles er om det er helseforetaket eller kommunen som skal betale for kommunehelsetjenestens utgifter knyttet til gjennomføring av behandling med legemidler uten eget samtykke (tvangsmedisinering) av personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-3 a, 3-5 tredje ledd og 4-4 a og psykisk helsevernloven § 22.

Det fremgår av psykisk helsevernloven § 22 at den praktiske gjennomføringen av tvangsmedisinering, etter avtale med den ansvarlige institusjon som har truffet vedtaket, kan overlates til helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

*"Under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med den ansvarlige institusjon som har truffet vedtaket, overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet. Dette kan bare skje hvis pasienten ønsker det".*

Slik gjennomføring kan da overlates til helse- og omsorgstjenesten som for eksempel er til stede i en kommunal bemannet bolig, eller ved hjemmebesøk.

Det er enighet om at helseforetaket ved tvangsmedisinering skal betale legemidlene til behandling av den alvorlige psykiske lidelsen, og at pasienten ikke skal betale egenandel. Spørsmålet som reises er om kommunen kan fakturere helseforetaket for den praktiske gjennomføringen av tvangsmedisineringen, altså (lønns) utgifter og reiseutgifter for ansatte som reiser til/ deler ut legemidlet til pasienten. Så vidt Helsedirektoratet er kjent med, har kommunene ikke tidligere bedt om å få slike utgifter refundert. Horten kommune sier at

### **Helsedirektoratet**

Avdeling helserett og rettssaker  
Vårin Hellevik

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20  
Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

spørsmålet nå kommer opp fordi kommunen opplever en omfattende forskyvning av denne pasientgruppen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Sykehuset Vestfold og Horten kommune brakte spørsmålet inn for [Tvisteløsningsnemnda i sak 25/2020](#), som avviste spørsmålet med henvisning til at det ikke var løst i avtale mellom kommunen og helseforetaket, og at det ikke var nemndas oppgave å fortolke helselover.

Vi ser at [Helsedirektoratets kommentar til psykisk helsevernforordningen § 22 andre ledd](#), samt [fortolkning av 18.4.2012](#), kan forståes dithen at spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 er relevant for det aktuelle spørsmålet. Det er den ikke, og vi vil oppdatere teksten i tråd med dette brevet.

### **Vurdering**

Utgangspunktet er at betalingsansvaret i helsetjenesten følger sørge for-ansvaret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, om ikke annet er særskilt regulert eller avtalt.

Ansvar knyttet til tvangsmedisinering er særlig regulert i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen. Det er faglig ansvarlig psykiater i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern som er ansvarlig for tvangsmedisinering, jf. § 4-4 a første ledd, jf. § 1-4. Det er kun den praktiske gjennomføringen som kan avtales overført til helse- og omsorgstjenesten, ikke behandlingsansvaret, jf. forordningen § 22. Psykisk helsevern er ansvarlig for behandlingen.

Det fremgår eksplisitt i § 22 at den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler *etter avtale kan* overlates til kommunehelsetjenesten.

Bestemmelsen forutsetter at det foreligger en avtale mellom psykisk helsevern og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det fremgår videre at det er en forutsetning at psykisk helsevern kan utøve faglig forsvarlig tilsyn og veiledning. Kommunen på sin side må vurdere om de bl.a. har kapasitet og kompetanse til slik gjennomføring. Kommunen er ikke forpliktet til å inngå en slik avtale. Videre er det et krav at pasienten ønsker at tvangsmedisineringen gjennomføres på denne måten.

Da bestemmelsen forutsetter at en gjennomføring i kommunen må avtales spesielt, bør også de ev. økonomiske sider av gjennomføringen reguleres som del av avtalen.

Kommunen vil imidlertid ha sørge for-ansvaret (og dermed betalingsansvaret) for de kommunale helse- omsorgstjenestene pasientene mottar.

Pasienter som er under tvungent vern uten døgnopphold har alvorlig psykisk lidelse, ofte også med rusmiddelproblemer, og oppsøker i liten grad selv hjelpeapparatet. Gjennomgående har disse personene også behov for andre helse- og omsorgstjenester. Når helsepersonell fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen gjennomfører medikamentell behandling etter avtale med psykisk helsevern, vil de derfor ofte samtidig motta annen type helsehjelp og det vil være en anledning til å ha en samtale med pasienten (psykososial oppfølging). I slike situasjoner fremstår det lite aktuelt å skille ut utdeling av legemidler for psykisk lidelse i henhold til vedtak for fakturering, i en helhetlig oppfølging av pasienten i kommunen.

### **Tilleggsspørsmål fra Horten kommune**

Når en pasient under tvungent vern uten døgnopphold mottar *frivillig* medikamentell behandling, utført av kommunehelsetjenesten, ber faglig ansvarlig i psykisk helsevern om informasjon dersom pasienten ikke møter til frivillig medisinerings. Kommunen lurer på om ikke pasienten eventuelt må samtykke til at slik informasjon gis.

Det fremgår av helsepersonelloven § 25 at "*Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.*" Faglig ansvarlig vil nok oftest behøve informasjon om hvorvidt pasienten faktisk mottar medikamentell behandling for den alvorlige sinnslidelsen, for at behandlingen skal være forsvarlig. Ofte vil slik behandling (og informasjon om at den faktisk gjennomføres) være en forutsetning for at tvang uten døgn er et bedre alternativ enn døgnopphold for pasienten, slik at dersom pasienten motsetter seg at informasjon gis, vil faglig ansvarlig måtte vurdere om tilbakeføring til døgnopphold, jf. phvl. § 3-5 andre ledd.

Vennlig hilsen

Wenche Dahl Elde e.f.  
avdelingsdirektør

Gunhild J. Røstadsand  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

#### **Kopi:**

Regionale helseforetak/helseforetak  
Landets kommuner  
Helse- og omsorgsdepartementet

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF		Postboks 1000	1478 LØRENSKOG





# Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse

ukom.no

 Ukom

# Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Ukom mottok et varsel om en kvinne i 70-årene som døde av sannsynlig hjerteinfarkt. Hun hadde en kjent psykoselidelse. Det tok to dager fra 113 ble kontaktet på grunn av symptomer på akutt hjertesykdom til hun ble innlagt på sykehus. Hun ble innlagt på akuttpost i psykisk helsevern. Blodprøver ved innleggelsen viste tegn på hjertesykdom. Hun fikk tilsyn av hjertelege og det ble vurdert at hun skulle bli værende i psykisk helsevern. Etter to dager der ble hun funnet på gulvet med hjertestans. Gjenopplivning lyktes ikke, og hun ble erklært død en time senere.

I varselet til Ukom stilles det spørsmål ved hvorfor pasienten ikke ble innlagt ved hjerteavdeling eller ble overført dit. Varsler mener at pasienten ikke fikk nødvendig behandling og overvåkning for akutt hjertesykdom. Varsler oppfatter at den psykiske lidelsen la føringer for de valgene som ble tatt.

Vi har valgt å kalle pasienten Inger. Hennes historie står i kontrast til forventinger om hva som bør skje når man ringer 113 med akutte brystmerter. Hennes historie er ikke unik. Ukom har mottatt flere varsler om somatisk helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser. Vi har også fått høre at ulike fagmiljøer og interesseorganisasjoner kjenner andre tilfeller som Ingers.

Den vanligste dødsårsaken hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse er hjerte- og karsykdom. Det er også kjent at disse pasientene mottar mindre helsehjelp og lever 15-20 år kortere enn øvrig befolkning. Det er somatisk sykdom, ikke selvmord eller andre direkte konsekvenser av deres psykiske lidelse, som hovedsakelig forklarer forskjellen. For å illustrere omfanget av problemet, er det eksempelvis 10000 pasienter med schizofreni i Norge, og for denne gruppen alene blir det da et samlet tap av 150 000-200 000 leveår. Det er viktig å arbeide aktivt for å redusere tap av leveår.

Vi har i undersøkelsen forsøkt å forstå hvorfor situasjonen ble som den ble for Inger. Hvorfor gav det mening for ansatte i helse- og omsorgstjenesten å handle slik de gjorde? Vi begynner historien til Inger med datterens 113 anrop til Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK). Vi tar utgangspunkt i hva operatørene på AMK visste og kunne vite da de tok sine avgjørelser. Videre har vi undersøkt hva som skjedde da Inger var innlagt på sykehus. Avslutningsvis ser vi på Ingers historie før hun ble akutt syk, og hvilke muligheter det var for å kunne forebygge den akutte hendelsen. Vi har sett på hvordan kunnskapen om somatisk oversykkelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse bedre kan tas i bruk.

## Hovedbudskap i rapporten

- Psykisk lidelse kan overskygge fysisk sykdom. Oppmerksomheten kan rettes bort fra symptomer som kan være tidskritiske og bidrar til at symptomene ikke fanges opp. Både akutt og langtidslivretagelse av pasienter kan derfor svikte. Helsepersonell har kunnskap om somatisk

oversykelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, men praktiske tiltak for å håndtere oversykeligheten må tas i bruk, både på individ- og systemnivå. Det må sikres at helsetjenesten tar symptomer på fysisk sykdom på alvor når disse oppstår.

- Den største muligheten for å redusere tap av leveår og øke livskvalitet ligger i forebygging før sykdom oppstår.
- Det er en fare for at sterkt hjelpetrengende pasienter blir stående uten oppfølging hvis de takker nei til helsehjelp. Mulighetene for å drive motiverende og relasjonsskapende arbeid synes i varierende grad å være utnyttet. Det er viktig med klare forventninger til hva som ligger i lovkrav om å prøve frivillige tiltak.
- Prioritering av pasienter i akutte situasjoner er krevende. Metodene og tilnærmingene har begrensinger ved samtidig psykiske og somatiske lidelser.
- Vi finner at forståelsen av lovverket for bruk av tvang ved somatisk sykdom er svak. I akutte situasjoner kan dette medføre en risiko for manglende og forsinket helsehjelp. Det er viktig å tydeliggjøre hvilke muligheter som finnes i lovverket.
- Ved innleggelse i sykehus er rammebetingelsene for behandling i somatikk og psykisk helsevern svært forskjellige. Det er sentralt for forsvarlig og helhetlig ivaretagelse av pasienter at det er god samhandling, forståelse for hverandres forutsetninger og virksomme konsultasjon- og liaisonstjenester mellom disse tjenestene.

Rapporten er relevant for alle i helse- og omsorgstjenestene, politikere, helsemyndigheter og for helseutdanningene. Innholdet er likevel spesielt rettet mot personell i kommune- og spesialisthelsetjeneste som kommer i kontakt med pasienter med alvorlige psykiske lidelse. Rapporten er også relevant i forbindelse med bygg- og organisasjonsprosjekter som berører psykisk helsevern og somatiske avdelinger på sykehus.

## 2 Bakgrunn

Publisert 23. august 2023

Sist oppdatert 23. august 2023

Ukom mottok et varsel om Inger, en kvinne i 70-årene med alvorlig psykisk lidelse, som døde av akutt hjertesykdom på en sengepost i psykisk helsevern. I varselet ble det sagt at hennes psykiske lidelse påvirket valgene som ble tatt i helse- og omsorgstjenestene.

Ukom har mottatt flere meldinger om dødsfall knyttet til manglende oppfølging av fysiske helseproblemer hos pasienter med psykiske lidelser. I flere av disse hendelsene har symptomer på fysisk sykdom blitt undervurdert og ikke ført til nødvendig utredning, oppfølging eller sykehusinnleggelse. I noen situasjoner har helsepersonell ønsket å gi helsehjelp for symptomer de har oppfattet som alvorlige, men har vurdert at de mangler rettslig grunnlag for å gripe inn dersom pasienten nekter samarbeid. I flere varsler om dødsfall har varsleren vært bekymret for hvordan den somatiske helsen ble fulgt opp. Noen av disse dødsfallene har skjedd mens pasientene var innlagt på døgnposter i psykisk helsevern.

Det er kjent at pasienter med alvorlige psykiske lidelser i gjennomsnitt dør 15-20 år tidligere enn befolkningen ellers ([1, 2](#)). Forskjellen i levealder skyldes hovedsakelig fysiske sykdommer, ikke selvmord eller andre direkte konsekvenser av deres psykiske lidelse. Hjerne- og karlidelser er den vanligste dødsårsaken. Til tross for at nyere behandling av slike tilstander har forbedret overlevelse i den øvrige befolkningen, har ikke dette gapet i levealder blitt tilsvarende redusert for pasienter med psykiske lidelser ([3](#)). Personer med alvorlige psykiske lidelser, rusmiddellidelser og/eller avhengighet har økt forekomst av en rekke somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdom, leversykdom, nyresykdom, lungesykdom og diabetes ([4](#)). Det er økende interesse nasjonalt og internasjonalt for å forstå og forebygge tidlig død i gruppen ([3, 5, 6](#)).

Forskning viser at pasienter med psykiske lidelser får et behandlingstilbud som er ulikt fra det andre pasienter får. Effekten er mest fremtredende ved alvorlige psykiske lidelser og for pasienter med rusmiddel- og avhengighetslidelse, men sees også delvis ved lette til moderate tilstander ([7, 8](#)). Forskjellene er til stede både ved akutt- og langtidsbehandling. Forskning viser at ulikhetene kommer til uttrykk flere steder i behandlingsforløp ([3, 7-12](#)):

- Prioritering
  - vurderes med lavere hastegrad
  - avklares oftere kun per telefon
  - bringes sjeldnere til sykehus
- Diagnostisering
  - får mindre tilbud om utredning
  - blir oftere sent diagnostisert
  - blir oftere under- og feildiagnostisert
- Mindre behandling
  - får generelt mindre behandling
  - blir undermedisinert for somatiske lidelser

- får ikke tilbud om forebyggende behandling
- får ikke tilbud om samme avanserte/invasiv behandling

Samtidig er det kjent at pasientgruppen har større grad av sykelighet og mer alvorlige tilstander når de først oppsøker helsehjelp ([8.13](#)). Det er også indikasjoner på at alvorret i tilstanden til pasienter med psykiske lidelser ofte ikke oppfattes når de er i kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste ([14](#)).

Ulikheter i tilbud har mange årsaker og skyldes ikke bare faktorer knyttet til pasientens evne til samarbeid ([3.15](#)). Det er derfor viktig å se på alle forhold som kan bidra til at pasienter med psykiske lidelser ikke får nødvendig helsehjelp.

På bakgrunn av dette har Ukom valgt å undersøke Ingers historie for å belyse hva som påvirker den somatiske helsehjelpen som gis til pasienter med psykiske lidelser.

### 3 Historien om Inger

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Lørdag, rundt kl. 12:30, ringer Inger til sin svigerinne og forteller at hun har veldig vondt i brystet og ryggen og at hun kaster opp. Svigerinnen kontakter Ingers datter. En time senere ringer datteren 113 og kjører samtidig mot morens hjem. Hun forteller til AMK at moren:

*«Skriker, har brystmerter, kaster opp, men sier hun skal til butikken. Det er en lang og trøblete sykdomshistorikk med psykiatri, så hun mener at smertene – som antagelig er noe med hjertet – ikke har med hjertet å gjøre. Hun har masse konspirasjonsteorier om masse, paranoid. Hun skulle trosse smertene å gå til butikken, vet ikke om hun er hjemme.»*

AMK LYDLOGG



Illustrasjonsfoto Shutterstock.

AMK vil først forsøke å finne ut hvor Inger er, og gjennomfører en orienterende samtale med avdeling for psykisk helsevern på sykehuset. De får tak i Inger på telefon, men hun blir skeptisk til at AMK ringer. Hun vil ikke snakke om brystsmerte, og sier at årsaken til alle plagene er at noen kaster forbannelser på henne. Hun forteller at hun måtte snu da hun var på vei til butikken. AMK oppfatter henne som åpenbart paranoid med vrangforestillinger, men vurderer at hun ikke er til fare for seg selv eller andre.

AMK kategoriserer henvendelsen til tiltakskort psykisk lidelse og gul respons. Operatøren vurderer at det vil være svært vanskelig å få Inger til å samarbeide og overfører oppdraget til legevakten for at lege skal vurdere bruk av tvang. AMK informerer datteren om dette.

Kl. 13:42 ringer AMK til Legevaktssentralen og informerer om henvendelsen. AMK ønsker at legevakslege skal vurdere eventuell bruk av tvang.

Kl. 13:59 ringer datteren til AMK og sier at hun er fremme hos moren. AMK spør om datteren kan få moren med til legevakt, noe datteren tror vil bli vanskelig. AMK forteller datteren at de vurderer dette som et legevaktsoppdrag og oppfordrer henne til å ringe dit.

Kl. 14:00 ringer datter til legevakten. Hun bekrefter at moren er hjemme, men er usikker på om moren vil slippe henne inn. Hun gjentar opplysningene hun ga til AMK. De blir enige om at datteren skal ringe tilbake til legevakten når hun har snakket med moren. I samtale med datteren avviser Inger at hun trenger hjelp. Hun vil heller ikke bli med til legevakten eller ha legebesøk. Inger har mye vrangforestillinger.

Kl. 15:02 kommer datteren på ny igjennom til legevakten. Hun sier at hun ikke klarer å vurdere om moren har brystsmerte. Datteren gjentar enda en gang opplysningene om at moren ikke vil snakke

om brystmerter, eller at hun feiler noe som helst. Inger vil ikke være med til legevakten. Legevakten informerer at det kan bli aktuelt å hente Inger med tvang. Datteren blir lettet når hun får inntrykk av at tvang kan bli utfallet og at moren vil få hjelp.

Rundt kl. 15:40 snakker legevaktslegen med Inger på telefonen. Legen forstår at hun har hatt brystmerter på og av siden klokken ni.

Legevaktslegen kontakter AMK og ber om å få ambulanse til Ingers hjem for å gjennomføre en hjerteundersøkelse med ekkokardiogram (EKG). Operatøren på AMK stiller spørsmål ved om dette vil fungere når Inger ikke vil ha hjelp. De blir enige om at ambulanse skal reise hjem til Inger for å forsøke.

Kl. 15:53 ringer legevaktslegen til datteren og forteller at de skal sende ambulanse for å undersøke moren.



Illustrasjonsfoto: NTB

Kl. 16:42 ankommer ambulansen. Huset er mørkt, og døren er låst. Ambulansepersonellet kjenner på dører, går rundt huset og lyser inn vinduer. Det fremstår som om det ikke er noen hjemme.

Kl. 16:48 melder de dette til AMK og blir enige om å avslutte oppdraget.

Kl. 16:50 tar AMK kontakt med legevakten og melder om at de ikke får kontakt med Inger.

Kl. 16:58 ringer sykepleieren på legevakten til datteren og forteller at de kom til mørkt hus og ikke fikk kontakt med Inger. Datteren sier at dette ikke er overraskende, fordi moren vanligvis har det mørkt og



antakelig ikke vil slippe noen inn. Datteren forklarer nok en gang om morens psykiske lidelse og at dette med brystmerter er nytt. Sykepleieren opplyser at de må vurdere å gå inn med politi for å få Inger med.

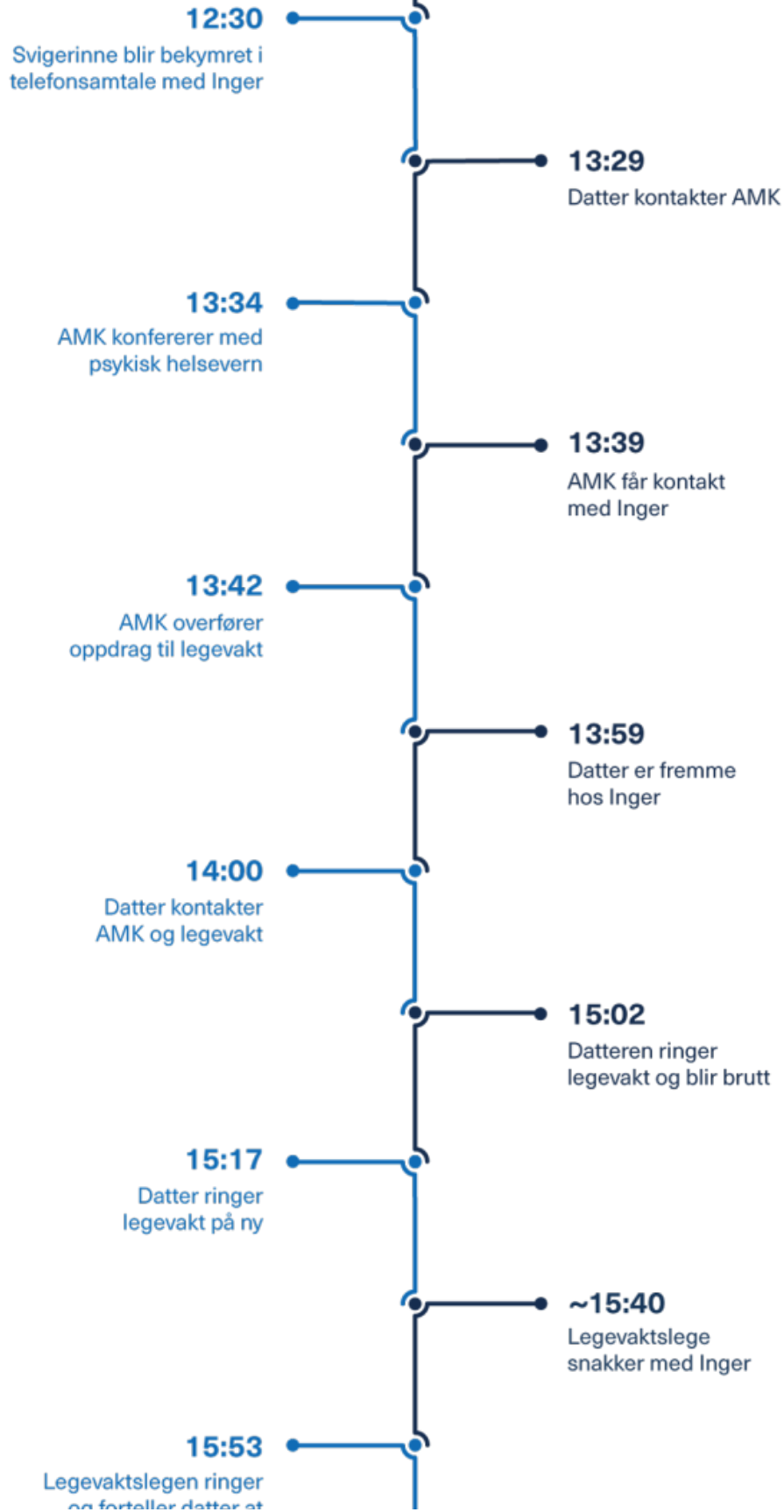
Kl. 17:09 ringer sykepleieren på legevakten til Inger. Sykepleieren sier at ambulansen har vært hos henne, men at huset var mørkt. Inger forteller at hun hadde lagt seg og sier bestemt at hun ikke trenger hjelp. Inger sier de må snakke med han som kaster forbannelser hvis de skal hjelpe henne.

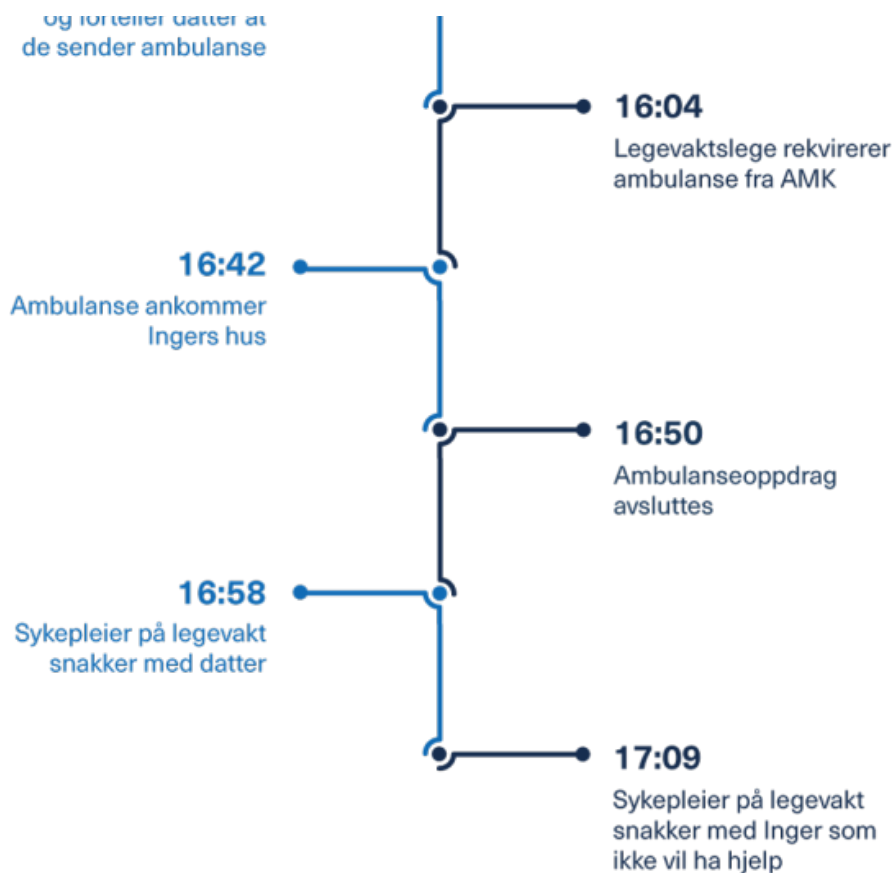
På legevakten konferer sykepleieren med legen. Legevakten beslutter at de ikke ber politiet om bistand for å få Inger lagt inn. De mener at eventuell innleggelse i psykisk helsevern må vurderes av fastlegen.

Datteren hører ikke noe mer fra legevakten eller AMK, og ringer svigerinnen for å høre om hun vet hva som har skjedd. Svigerinnen har heller ikke hørt noe, og de blir enige om å ringe Inger. De forstår da at Inger har avslått all hjelp, og fremdeles er hjemme.

Datteren slår seg ikke til ro med det som har skjedd og sender på søndag en e-post til overlegen på alderspsykiatrisk som har fulgt opp Inger, og som er det helsepersonellet som kjenner henne best.

Lørdag





Tidslinje: Kontakten mellom Inger, pårørende, AMK og legevakt da Inger ble akutt syk. [Last ned tidslinje \(PDF\)](#)

## Inger blir innlagt

Mandag morgen leser overlegen ved alderspsykiatrisk avdeling e-posten fra datteren, og tar kontakt med fastlegen. Fastlegen synes det er foruroligende at Inger klager over smerter, fordi hun vanligvis bagatelliserer fysiske symptomer. De blir enige om at fastlege skal undersøke Inger og vurdere tvangsinnleggelse.

Da fastlegen ringer Inger, bekrefter hun delvis brystsmerter. Hun har vrangforestillinger og mulige hallusinasjoner og vil ikke ha besøk av fastlegen. Etter dialog mellom fastlegen og kommuneoverlegen beslutter de at det vil være best å legge Inger inn i psykisk helsevern. Formålet er å gjennomføre enkel kartlegging med EKG og blodprøver. De mener det vil være minst belastende for Inger å være i en avdeling hvor hun er kjent fra tidligere, og at hun kan overføres til somatisk avdeling ved behov.

Fastlegen besøker Inger hjemme og får lov å komme inn i gangen. Inger er mer preget av vrangforestillinger og hallusinasjoner enn ved tidligere kontakt. Hun løper opp og ned trappen, er ikke tungpustet og fremstår ikke som fysisk syk. Fastlegen synes det er vanskelig å vurdere situasjonen og diskuterer med vakthavende psykiater på sykehuset som allerede er orientert om Inger. Fastlegen begjærer Inger tvangsinnlagt i psykisk helsevern for å foreta nødvendige medisinske undersøkelser. I samtaler og journalnotat understreker fastlegen at intensjonen med innleggelsen er en somatisk avklaring.

Inger hentes i ambulanse med følge av politi. Klokken 18:50 ankommer Inger sykehuset og legges inn på avdeling i psykisk helsevern. Personalet tar blodprøver, men får ikke tatt EKG da Inger ikke vil

samarbeide. Hun nekter også å ta medisiner. Inger ringer datteren og ber om å bli hentet. Hun er veldig sint, mens datteren er lettet over at moren er ivaretatt.

Svar på blodprøvene viser tegn til akutt hjertesykdom. Det blir anbefalt å ta ultralyd av hjertet - ekkokardiografi - for å avklare tilstanden ytterligere. I to-tiden neste dag gjennomføres undersøkelsen. Den gir ikke et entydig svar på hva som feiler Inger. Det kan være et hjerteinfarkt eller, mindre alvorlig, «stresshjerte» (takotsubo kardiomyopati). Hjertelegen anbefaler ny EKG-undersøkelse om en uke, samt medikamentell behandling (betablokker, ACE-hemmer og ASA). Det besluttes å ikke tilby Inger utblokking med stent fordi kardiologen er bekymret for at hun ikke ville følge opp helt nødvendig blodfortynnende behandling etter inngrepet. Uten oppfølging med medisiner er utblokking med stent farligere enn ikke å få slik behandling. Det har også gått betydelig tid fra symptomene oppstod, og det er da for sent å gi slik behandling. Senere, på tirsdagskveld, får de også tatt EKG som viser ST-elevasjon i V1-V5, forenelig med gjennomgått hjerteinfarkt.

Etter EKG blir det bestemt at Inger fortsatt skal være på akuttpsykiatrisk avdeling, fordi legene vurderer dette som mindre stressende enn å være på medisinsk avdeling. Det fattes vedtak om tvungen somatisk behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A. Inger selv virker lite påvirket av tilstanden fram til tirsdag kveld. Hun benekter at hun har problemer med hjertet og mener det handler om forbannelser. Utover tirsdag kveld får hun mer smerter og samarbeider da om medisiner. Kardiologen ordinerer morfin som smertestillende og nitroglyserin ved behov. På sengeposten har de ikke morfin til injeksjon tilgjengelig og gir derfor oksykodon-tablett. De finner etter hvert morfin i akutt kofferten, og gir denne med god effekt. I dialog med kardiolog blir det besluttet å ikke gjøre noe videre, med mindre plagene blir uhåndterlige. I så fall kan Inger overføres til akuttmottak for smertelindring og behandling.

Utover natten får Inger morfin flere ganger, i tillegg til nitroglyserin og kvalmestillende. Hun er våken og får hyppig tilsyn. Tidlig onsdag morgen blir hun funnet på gulvet med hjertestans. Det startes gjenopplivning. To ganger gir dette forbigående rytme og følbare puls. Etter en time med hjerte- og lungeredning blir det konkludert at livet ikke står til å redde.

# 4 Våre funn: Overskygging kan hindre somatisk helsehjelp

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Da brystsmertene til Inger oppstod var det flere helsepersonell fra AMK og legevakten som snakket med Inger. I samtalen prøvde helsepersonellet å kartlegge Ingers fysiske symptomer, men Inger var mest opptatt av å fortelle at hun var blitt utsatt for en forbannelse. Det var krevende for helsepersonellet å holde oppmerksomheten på det akuttmedisinske, når Inger selv ikke gjorde det. Legevaktslegen klarte å få frem at Inger hadde hatt brystmerter helt siden morgenen, og datterens informasjon ble dermed bekreftet. Det akutte behovet for undersøkelse av mulig hjertesykdom kom likevel i skyggen, og eventuelle tiltak ble vurdert opp mot Ingers psykiske lidelse.

Da fastlege, kommuneoverlege og lege ved alderspsykiatrisk avdeling på sykehuset på mandagen diskuterte om Inger skulle innlegges på sykehus, førte hennes psykiske sykdom til at vurderingene ble vanskelige. Siden Inger ikke ønsket hjelp, måtte helsepersonellet vurdere hvilket lovverk de kunne bruke. Etter flere drøftelser besluttet de å legge Inger inn på en psykiatrisk akuttpost fordi de mente at det ville være det minst belastende for henne.

Videre ser vi at Ingers psykiske sykdom påvirket valg som ble tatt på sykehuset. Hun ble værende på avdeling i psykisk helsevern selv om blodprøvene etter innleggelsen tydet på akutt hjertesykdom. I utgangspunktet ville Inger fått best somatisk oppfølging for sin hjertesykdom ved en medisinsk avdeling. Likevel ble det lagt størst vekt på hennes psykosediagnose, og den ble bestemmende for hvor hun fikk helsehjelp.

Det blir betegnet som diagnostisk- eller behandlingsoverskygging når en psykisk lidelse trekker oppmerksomheten bort fra å påvise og behandle somatisk sykdom ([16-18](#)). I møte med pasienter som Inger, hvor tilstandsbildet er komplekst og pasienten i utgangspunktet har lite kontakt med helsetjenestene, øker faren for at den psykiske lidelsen tar for stor plass ([19, 20](#)).

*«Det virker som om når det er en vanskelig psykiatrisk pasient, så er det alltid best å være i psykiatrien, men det er jo ikke det når det handler om somatikk. Alle ville hele tiden det beste, og det trodde de at var å være på psykiatrisk. Kanskje hun heller kunne ha en fastvakt eller noen hun kjente på somatikken.»*

Ukom ser at helsepersonellens oppmerksomhet på Ingers behov for akutt somatisk helsehjelp i stor grad ble overskygget av hennes psykiske lidelse og hennes uvanlige måte å forstå egen helse. Vi ser at den psykiske lidelsen tok større plass enn den akuttmedisinske tilstanden i dialogen mellom helsepersonell, både muntlig og skriftlig. Det ble også utfordrende å avklare somatisk tilstand da juridiske vurderinger tok mye tid. Det er viktig at helsepersonell tar stilling til juridiske og etiske spørsmål, men det blir et problem hvis disse vurderingene går på bekostning av å livsnødvendig og tidskritisk helsehjelp.

Fagmiljø og brukerorganisasjoner vi har snakket med sier at Ingers historie er gjenkjennbar. Pasienter har opplevd det samme som Inger, selv om de i motsetning til henne, ønsket hjelp. Enkelte fortalte at pasienter kan være skeptiske til å informere helsepersonell om sin psykiske lidelse når de trenger akutt hjelp for somatisk sykdom.

## Noen systemfaktorer som kan påvirke helsehjelpen

Overskygging er når pasientens psykiske sykdom tar oppmerksomheten bort fra å påvise og behandle somatisk sykdom.

Epistemisk urettferdighet innebærer at en persons utsagn og meninger blir neglisjert eller undervurdert på grunn av personens gruppetilhørighet (21, 22).

For eksempel kan en persons rapportering av symptomer bli oversett på grunn av psykisk lidelse. Pårørende kan også rammes av dette.

Negativ pragmatisme innebærer å ta praktiske avgjørelser basert på negative forventninger eller oppfatninger om en pasients tilstand eller behandlingsmuligheter (5, 64). Eksempler på dette kan være:

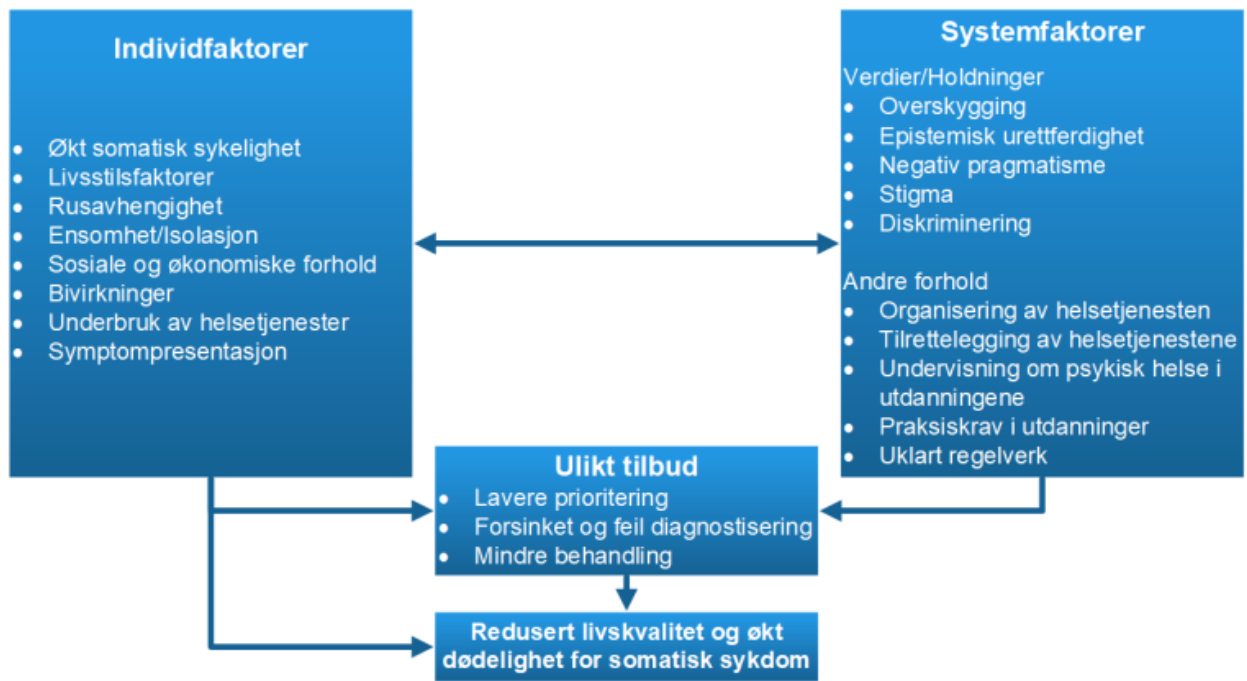
- Å anta at det er for komplisert å behandle en somatisk lidelse, og derfor rette innsatsen hovedsakelig på de psykiske symptomene.
- Å forutsette at nytten av tiltak som kan øke levetiden ikke står i forhold til økt belastning for personer med allerede antatt redusert livskvalitet.

Terapeutisk nihilisme er overbevisningen om at behandling ikke virker eller kan være skadelig. I sammenheng med psykiske lidelser og behandling av somatiske lidelser kan dette gi seg uttrykk ved at helsepersonell ikke har tro på at behandlingen skal gi noe positivt resultat (23).

For å kunne motvirke overdødelighet for pasienter med psykiske lidelser er det viktig med kunnskap om faktorer som overskygging, epistemisk urettferdighet og negativ pragmatisme. Helsepersonell vi har intervjuet er opptatt av individfaktorer som livsstil, genetisk sårbarhet og bivirkninger. Vi ser at det er mindre kunnskap om hvordan systemfaktorene påvirker helsehjelpen til pasienter med psykiske lidelser. Økt bevissthet på systemfaktorer kan bidra til at disse pasientene får bedre helsehjelp.

Ingers historie viser et samspill mellom individ og systemfaktorer som for pasientgruppen bidrar til tap av leveår (6, 24-27). Et eksempel på slikt samspill er at måten pasienter blir møtt på, påvirker hvordan de bruker helsetjenesten. Samlet fører dette til ulikheter i helsetilbudet, som gir både tap av leveår og redusert livskvalitet.

Modellen nedenfor viser samspillet mellom individ- og systemfaktorer, basert på Ingers historie og forhold beskrevet i litteraturen (5, 7, 10, 13, 19, 20, 28, 29):



Modell for samspillet mellom individ- og systemfaktorer. [Last ned modell](#) (PDF)

# 5 Våre funn: Lovforståelsen skaper utfordringer

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Det å gi helsehjelp baserer seg som et utgangspunkt på et samtykke fra pasienten. Den enkelte har frihet til å velge. Dette autonomiprinsippet er forankret i menneskerettighetene og nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. For at et samtykke skal være gyldig, må den som gir det være samtykkekompetent.

### Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse handler om evnen til å forstå hva man sier nei eller ja til. Helsedirektoratet har gitt ut et rundskriv (30) med verktøy for hvordan samtykke skal vurderes:

Det skal foretas en konkret vurdering av om pasienten har forståelsesevne og samtykkekompetanse ut fra den helsehjelpen som skal gis. For å vurdere samtykkekompetanse må vi vite om pasienten har:

- evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
- evne til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene.
- evne til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene.
- evne til å uttrykke et valg.

Verktøyene er ikke utviklet for å gi et eksakt svar, men mer for å hjelpe faglig ansvarlig til en strukturert dialog med pasienten.

Da Inger ble akutt somatisk syk og ikke ønsket hjelp, oppsto det mange utfordringer for helsepersonellet som var involvert. Det handlet blant annet om juridiske spørsmål knyttet til evne til å samtykke og bruk av tvang; hvilket lovverk var aktuelt, hva lovhjemlene gav helsepersonell anledning til å gjøre, hvem som har ansvaret for å vurdere bruk av tvang og hvem som eventuelt kan bruke tvang.

Norsk helsevesen og norsk helserett har beveget seg fra i stor grad å være paternalistisk, at legen vet best og tar beslutninger på pasientens vegne, til å være fundert på pasientrettigheter og selvbestemmelse. Men helseretten er også bygd på andre prinsipp som er utledet fra menneskerettighetene. Eksempel på dette er retten til helse, respekt for menneskeverdet, omsorgsplikten og verdighetsprinsippet. Det følger blant annet av Konvensjonen om økonomiske,



sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), som er en del av norsk rett, at staten har et ansvar for å sørge for tilgjengelige og akseptable helsetjenester av god kvalitet til alle grupper. Dette gjelder ikke minst til sårbare grupper som har vansker med å oppsøke hjelp eller uttrykke et behov for hjelp ([31](#)). I norsk helselovgivning inngår dette i kravet om forsvarlig helsetjenester.

*«Når pasienten ikke er i stand til å ivareta sine interesser og vi konkluderer med manglende samtykkekompetanse i forhold til helsehjelp, da har vi et ekstraordinært ansvar for å sikre den beste helsehjelp på vegne av pasienten»*

OVERLEGE

I møte med pasienter som Inger, kan det være motstrid mellom prinsippene og disse må veies mot hverandre. Vurderingene som må foretas når retten til autonomi står opp mot retten til helse, er vanskelige og problemstillingen har vært drøftet i flere offentlige utredninger ([32-34](#)). Selv om autonomi er et tungtveiende utgangspunkt, vil ensidig vekt på selvbestemmelse kunne føre til at syke mennesker ikke får nødvendig helsehjelp. For å ivareta de øvrige hensynene finnes det åpning i regelverket for å kunne gi helsehjelp uten samtykke dersom det er behov for det. For å gi helsehjelp med tvang må det finnes et gyldig rettsgrunnlag.

## **Rettsgrunnlag som gir hjemmel for helsehjelp uten samtykke**

Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.

### **Helsepersonelloven § 7:**

- Helsehjelpen er påtrengende nødvendig
- Uavhengig av samtykke
- Uavhengig av motstand

### **Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A:**

- Nødvendig somatisk helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade
- Mangler samtykkekompetanse
- Motstand

### **Lov om psykisk helsevern kap. 3 flg.:**

- Psykisk helsehjelp til personer som har, eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, og som står i fare for å få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret eller dersom personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse
- Mangler samtykkekompetanse
- Motstand/samtykker ikke til helsehjelpen

Historisk har pasienter med psykisk lidelse eller kognitiv svikt, vært utsatt for uforholdsmessig mye tvang og makt. Autonomiprinsippet skal forhindre maktmisbruk. Målet om å forebygge og begrense bruken av tvang er tydelig fremhevet i lovverket. Interesseorganisasjoner, den politiske debatten og media har hatt stor oppmerksomhet på de negative konsekvensene av tvang.

Vår undersøkelse viser at helsepersonell kan være usikre på bruk av tvang i akutte situasjoner.



Illustrasjon: Shutterstock

## **Muligheten for å benytte tvang i akutte situasjoner**

På bakgrunn av telefonsamtale med Inger forstod AMK-operatøren at hun var alvorlig psykisk syk. Operatøren vurderte at det ville være svært vanskelig å få Inger til å samarbeide.

*«Det er ikke noe tvil om at når man må begynne med tvungen undersøkelse og så videre, så starter man noen prosesser som er forsinkende ved akutt sykdom, og i hvert fall ved et hjerteinfarkt»*

LEDER LEGEVAKT

Våre informanter sier at terskelen for å bruke tvang i de prehospitaltjenestene er høy. Deres erfaring med bruk av tvang er hovedsakelig fra tvungen innleggelse i psykisk helsevern. Siden Inger ga uttrykk for at hun ikke ønsket hjelp, vurderte AMK-operatøren at tvang måtte vurderes av lege, slik kravet er i lov om psykisk helsevern. For operatøren var det derfor mest rasjonelt å overføre oppdraget fra AMK til legevakt.

*«Etter hvert så får vi kontakt med henne selv, og da avkrefter hun jo dette [brystsmerter]. Men jeg oppfatter jo at hun absolutt ikke er i stand til å være klar over hva som er det beste for*

*henne. Så min oppfatning av det var at en lege må faktisk ta tak i det da og vurdere hvordan skal vi hjelpe henne her og nå. Og dette med samtykkekompetanse ikke minst.»*

SYKEPLEIER

Ved mistanke om alvorlig akuttmedisinsk tilstand, som i Ingers tilfelle, hvor det haster å gi hjelp, vil helsepersonell i AMK og ambulanse med grunnlag i helsepersonelloven § 7 kunne gi helsehjelp. Det kan de gjøre uavhengig av pasientens samtykke og uavhengig av om pasienten setter seg til motverge. Plikten til å undersøke om det er helt nødvendig å gi helsehjelp, går lenger enn plikten til faktisk å gjennomføre helsehjelpen. Samtidig er det også i nødsituasjoner et krav om at tvangen som skal gjennomføres er nødvendig, forholdsmessig, rimelig og så lite inngripende som mulig. Dette følger av de grunnleggende etiske prinsippene, norsk rett og menneskerettighetene.

Fagmiljøene vi har hatt dialog med, forteller at det er stor usikkerhet rundt reglene og mangel på kunnskap om de juridiske rammene i de prehospitalene tjenestene. De gir uttrykk for at det er lite kunnskap om plikten for helsepersonell til å gi øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7 og hvor langt denne hjelpeplikten rekker. Det er et vanskelig å navigere i landskapet mellom psykisk helsevernlov, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og helsepersonelloven § 7. Fagmiljøene uttrykker videre at misforståelser og spørsmål knyttet til autonomi og samtykkekompetanse kan gjøre vurderingen i akutte situasjoner vanskelig.

Fagmiljøene uttaler at helselovgivningen og tvangsreglene ikke er tilpasset den prehospitalene virkelighet. Lovenes forarbeider belyser i liten grad temaet og NOU 2019:14 *Tvangsbegrensningsloven* går heller ikke direkte inn i problemstillingene (32). Fagmiljøene etterspør noe å navigere etter i praksis i akutte situasjoner.

## **Helsepersonelloven § 7**

Bestemmelsen omhandler helsepersonells plikt og rett til å gi øyeblikkelig hjelp når de antar at hjelpen er påtrengende nødvendig:

### **§ 7. Øyeblikkelig hjelp**

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

I vår undersøkelse foreslår fagmiljøet at helsepersonelloven § 7 burde være den eneste hjemmelen som helsepersonell i AMK og ambulanse må forholde seg til.

Akutte situasjoner fordrer rask respons og handling. Vår undersøkelse viser at regelverket og bruken av det kan bli en forsinkende faktor for å gi helsehjelp. Fagmiljø vi har intervjuet og organisasjoner vi har hatt dialog med, er samstemt i at det ikke er i situasjoner med behov for akutt somatisk helsehjelp at bruken av tvang bør strammes inn.

Også i NOU 2019:14 *Tvangsbegrensningsloven* kommer et tilsvarende synspunkt frem (32). Utvalget skriver at en hovedutfordring i nødsituasjoner er knapphet på tid når helsepersonell skal vurdere om vilkårene for inngrep er oppfylt. Utvalget påpeker behovet for å forenkle formelle krav og vurderingene som må gjøres i situasjonen. Utvalget skriver:

*«At liv og helse må kunne vernes gjennom nødintervensjoner er selvsagt»* (32, s.473).

Ukom vurderer at et utydelig eller fragmentert regelverk kan gi grobunn for usikkerhet og misforståelser. Dette kan igjen heve terskelen for å yte helsehjelp.

## Hvem kan utføre tvang?

For ambulanse og legevakt oppstod et dilemma da ambulanspersonellet kom til en stengt dør hos Inger. Ambulanspersonellet vurderte at de ikke kunne ta seg inn i huset. De konfererte med AMK og oppdraget ble avsluttet. Etter å ha snakket med Inger og hennes datter gjorde legevakslegen vurdering om at det ikke var grunnlag for å bruke politi for å komme inn i huset eller for å bruke tvang for å få tatt EKG.

Informantene våre forstår det slik at ambulanspersonell ikke kan ta pasienter til sykehus eller lege med fysisk tvang. Hvis det er behov for dette, må en lege gjøre en vurdering og politiet må utøve tvangen.

Fagmiljøene forteller også at ambulanspersonell er opplært til ikke å bruke fysisk makt, og at dette er en politioppgave. De gir uttrykk for at regelverk og sentrale føringer må gjøres klarere. Det må bli tydelig hva som er helsetjenestens ansvar og myndighet, når helsetjenesten må be om bistand fra politiet og hva som da er politiets oppgaver.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet utarbeidet i 2012 et felles rundskriv som hadde som formål å sette rammer for samarbeid mellom helsetjenesten og politi om psykisk syke (35). Dette rundskrivet ble revidert i juli 2023 med mål om å klargjøre ansvar og myndighet, samt å tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom helse og politi. Etter revisjonen blir det i rundskrivet presisert at det i noen tilfeller kan være nødvendig for helsepersonell å utøve fysisk tvang, for å oppfylle plikten til å gi øyeblikkelig helsehjelp etter helsepersonelloven § 7.

Vår undersøkelse viser at de prehospitale tjenestene ikke ser på helsepersonelloven § 7 som et selvstendig grunnlag for å gi akutt helsehjelp til psykisk syke. Det synes ikke kjent at ambulanspersonell kan gi helsehjelp uten samtykke til psykisk syke dersom det er påtrengende nødvendig, også om pasienten setter seg til motverge.

Det kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten når det råder uenighet om helsetjenestens og politiets roller i forbindelse med tvang. Usikkerheten kan føre til at terskelen for å bruke nødvendig tvang heves, noe som kan medføre forsinkelser i behandlingen. Det har derfor vært nødvendig med avklaringer og tydeliggjøringer på dette området, noe som er intensjonen bak revisjonen av rundskrivet.

## Tvungen innleggelse

Mandag morgen ble overlegen ved alderspsykiatrisk avdeling, fastlegen og kommuneoverlegen enige om at Inger måtte undersøkes. Etter at fastlegen hadde vært hjemme hos Inger og hun ikke fremsto som fysisk syk, ble det vanskelig å vurdere hvor akutt situasjonen var og om øyeblikkelig

hjelptilbestemmelsen kunne benyttes. Det var også usikkerhet rundt hvorvidt, og i tilfelle hvordan, reglene om tvungen somatisk helsehjelp kunne brukes på tvers av tjenestenivå og institusjoner ved innleggelse. De valgte å legge Inger inn på sykehuset gjennom tvungen psykisk helsevern, hvor intensjonen var å få avklart hennes somatiske tilstand.

For somatisk sykdom kan tvungen helsehjelp etter dagens regelverk besluttes ovenfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelp dersom helsehjelpen kan forhindre vesentlig skade. Helsehjelpen må være nødvendig, tvangstiltakene forholdsmessige og løsningen skal være den klart beste for pasienten.

## **Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A**

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A omhandler adgangen til å gi tvungen somatisk helsehjelp til personer over 16 år som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

### **§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg**

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A kan benyttes mellom tjenestenivåer (30). Dette krever et samarbeid mellom lege i primærhelsetjenesten og ansvarlig lege på sykehus. Lege i primærhelsetjenesten fatter vedtak om tvang dersom det blir behov for tiltak ved selve innleggelsen, mens den legen som er ansvarlig for helsehjelpen på sykehuset fatter et vedtak om tvungen behandling og eventuelt om tilbakeholdelse dersom det er nødvendig.

Ukom mener at med en slik fremgangsmåte kunne Inger blitt direkte innlagt på medisinsk avdeling.

## 6 Våre funn: Prehospitale tjenester kommer til kort

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Henvendelsen fra datteren til AMK med bekymring for at Inger var akutt hjertesyk, førte til mange telefonsamtaler mellom prehospitale tjenester, pasient, pårørende og sykehuset. Det gikk nesten fire timer fra datteren ba om hjelp til de prehospitale tjenestene avsluttet saken uten at de sett Inger. Vi har allerede pekt på hvordan den psykiske sykdommen overskygget den somatiske tilstanden, og hvordan lovforståelsen skapte utfordringer for helsepersonellet. Vi vil i de neste kapitlene se på andre faktorer som kan ha medvirket til at Inger ikke fikk hjelp fra de prehospitale tjenestene.

### Kompetanse i medisinsk nødmeldetjeneste

En pasient som Inger setter store krav til kompetanse hos AMK-personalet. Inger var lite samarbeidsvillig, hadde ingen forståelse for at hun var syk, og var fastlåst i vrangforestillinger.

I dialogmøter med fagmiljøene blir det pekt på at AMK-operatører har en av helsetjenestens vanskeligste jobber. De får fortløpende henvendelser om ulykker og sykdom, og på svært kort tid og med begrenset informasjon, må de avgjøre hvordan de skal håndtere henvendelsene. De må vurdere alvorlighetsgrad for hver enkelt henvendelse, og prioritere bruk av ressurser.

Vår undersøkelse viser at somatisk oversykelighet hos pasienter med psykiske lidelser stort sett er kjent blant helsepersonell i den prehospitale tjenesten. For nødmeldetjenesten burde denne kunnskapen gi grunn til særlig oppmerksomhet ved henvendelse om akutt somatisk sykdom hos en alvorlig psykisk syk pasient. Det er vanskelig å se hvordan denne kunnskapen fikk betydning for den konkrete helsehjelpen som ble gitt til Inger.

Spørsmålet er hvilken opplæring telefonoperatører får til å håndtere de krav som arbeidet stiller. I Norge er det ingen nasjonal standardisert opplæring for operatører i AMK eller legevakt. Det er da heller ingen sikring av kompetanse om ulike tilstander og samsykelighet. Det er opp til virksomhetene å gi opplæring og sørge for at operatørene har nødvendig kompetanse. Mens AMK-operatører har mottak av akuttmedisinske telefoner som hovedoppgave, har sykepleiere i legevakt slike telefoner som en av flere arbeidsoppgaver.

Oslo Met har et videreutdanningsprogram for helsepersonell i medisinsk nødmeldetjeneste med 34 studieplasser. Dette antallet vil ikke dekke et nasjonalt behov.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjons-beredskap (KoKom) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet «Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring av operatører i medisinsk nødmeldetjeneste» (36). Den gir overordnede føringer og rammer for rekruttering, opplæring, oppfølging og kvalitetssikring av personell ved AMK og legevakt.

En utredning om AMK-sentralene fra 2016 (37) konstaterer at AMK-operatører gjennom utdanning og opplæring har begrenset kunnskap om psykisk sykdom og rusmiddelmissbruk. Videre peker

utredningen på at det er behov for kompetanseheving og utvikling av bedre beslutningsstøtteverktøy.

Vår undersøkelse bekrefter funnene i utredningen fra 2016. Vi finner at mangel på standardisert opplæring bidrar til at pasienter med psykiske lidelser og samsykelighet ikke alltid sikres nødvendig oppfølging i møte med nødmeldetjenestene.

## **Beslutningsstøtteverktøy i nødmeldetjenesten**

Datteren til Inger ringte 113 med en klar forventning om at moren raskt skulle få hjelp. Det er uforståelig for henne at Inger hverken ble fysisk undersøkt eller innlagt.



3

HUS



319 BLUETEC

NSE



332



Da AMK mottok henvendelsen fra Ingers datter, brukte AMK-operatøren beslutningsstøtteverktøyet Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp (NIMN) for å vurdere oppfølgingen. Dette beslutningsstøtteverktøyet brukes både i norske AMK-sentraler og i mange legevaktssentraler, som da kombinerer NIMN med Legevaktindeks (38). Verktøyet er basert på at en operatør bruker sin kliniske erfaring i vurdering av respons og tiltak (kyndighetsprinsippet) (36).

Da Ingers situasjon ble meldt til AMK, måtte telefonoperatøren velge ett av indekskortene for samtalen. Det finnes et eget kort for «Brystsmerter/hjertesykdom» og et annet for «Psykisk lidelse/selvmondsforsøk». Oppdraget blir ut fra kriteriene i indekskortet kodet til en hastegrad. Hastegradene er «Rød» (akutt), «Gul» (haster) og «Grønn» (vanlig). Når pasienter har sammensatte problemer kan det være utfordrende at verktøyet legger opp til å måtte velge ett indekskort.

AMK-operatøren valgte kortet for psykisk lidelse og ikke brystsmerter. Hastegraden ble satt til «Gul».

*«Det er vanskelig å spørre ut ifra et brystsmerte-kort i indeksen når du ikke har noen person å forholde deg til som kjenner det på kroppen»*

SYKEPLEIER

At Inger anga forbannelser som årsak til ubehaget, bidro til at mye av oppmerksomheten blir rettet mot psykisk lidelse og ikke somatisk sykdom. Dette til tross for at det var hjertet datteren til Inger var bekymret for.

Utredningen fra 2016 om AMK-sentraler (37) bemerker at beslutningsstøtteverktøyet NIMN vurderes som dårlig utviklet når det gjelder håndtering av pasienter med psykisk sykdom. Oppdatering av NIMN pågår.

Ukom mener at det forsterker tendensen til overskygging at NIMN er lagt opp til å måtte velge ett tiltakskort. Oppmerksomheten dras da bort fra samsykelighet og inn mot én av tilstandene. Ett kort alene vil ikke gi et fullstendig bilde av pasientens situasjon. Det å måtte velge ett kort kan også skape utfordringer i informasjonsoverføring. Uavhengig av valg av kort i beslutningsstøtteverktøyet må kyndighetsprinsippet være avgjørende - helsepersonell må gjøre en helhetlig vurdering av situasjonen de står ovenfor.

## **Opplysninger fra pårørende i akuttsituasjoner**

AMK fikk kjennskap til Ingers situasjon gjennom datteren. For å få et best mulig inntrykk av Ingers tilstand, ønsket AMK å snakke med henne selv. Siden annenhåndsupplysninger kan være mangelfulle, er det rutine for AMK å snakke direkte med pasienten.

Når en pasient ikke kan gjøre rede for sine symptomer på en meningsfull måte, oppstår en utfordrende situasjon. Da må telefonoperatører stole på informasjon fra andre. Pårørende kjenner en pasient bedre enn helsepersonellet og kan ha lettere for å få frem nyttig informasjon. De vet hva som er vanlig og uvanlig for pasienten. Pårørende er viktige når pasienter ikke klarer å uttrykke sine symptomer på en meningsfull måte.

AMK-operatøren fikk motstridende opplysninger fra datteren og Inger selv. For AMK-operatøren som måtte handle raskt ble dette utfordrende.

Forutsetningen for å gjøre en god vurdering via telefon er at pasienten samarbeider om å gi opplysninger og ønsker hjelp. Når dette ikke er tilfelle, er det særlig viktig å vektlegge opplysninger fra andre. Ut fra den samlede informasjonen må AMK-operatøren ta stilling til hva som fremstår mest sannsynlig. Hovedspørsmålet AMK-operatøren må besvare, er om dette er en pasient som trenger akutt helsehjelp eller ikke.

Ukom mener at når en person ikke er samtykkekompetent og ikke synes å forstå sitt eget beste, må AMK legge vekt på informasjon mottatt fra andre, særlig fra pårørende. Pårørendeinvolvering følger allerede av pasient- og brukerrettighetsloven, men må systematiseres i beslutningsstøtteverktøy og forankres i tjenestene.

## Samhandling i en todelt akuttjeneste

I akuttjenesten er det et skille mellom AMK i spesialisthelsetjenesten og legevakt i kommunehelsetjenesten. Dette skaper utfordringer for ansvars plassering, kommunikasjon og samhandling. Det blir en gråsoner mellom legevakt og AMK.

Den todelte akuttjenesten gjorde at det ble nødvendig med mange telefonsamtaler mellom AMK og legevakt hvor oppfølgingen av Inger ble diskutert. For å hindre at pasienten blir en kasseball er tydelig ansvars- og grenseavklaring viktig ([38](#)).

Da AMK overførte oppdraget om Inger til legevakt ble det muntlig gjengitt mye informasjon mellom operatørene. Vi ser at viktig informasjon og nyanser gikk tapt.

AMK og legevakt bruker i noen tilfeller ulike beslutningsstøtteverktøy. Det kan utfordre samhandlingen når det er forskjell i responskategoriene. Manchester Triage er et beslutningsstøtteverktøy som brukes på noen legevakter i Norge. Verktøyet har flere kategorier og litt andre kriterier enn NIMN. Det er i noen tilfeller slik at rød kategori i Manchester Triage ikke har likt innhold som samme kategori i NIMN.

Å ha to forskjellige beslutningsstøtteverktøy kan ha både fordeler og ulemper. Ulike verktøy kan bidra til å forstå pasienten fra et annet perspektiv og at det gjøres en selvstendig vurdering. Samtidig vil bruk av like verktøy i høyere grad sikre at det ikke blir misforståelser.

Selv når legevakten og AMK bruker samme system kan kommunikasjon være utfordrende fordi det legges forskjellige mening i begrep. For AMK innebærer gul respons å sende ut ambulanse så snart som mulig. Ved gul hastegrad i legevakt er det anbefalt at pasienten skal tilses innen to timer ved behov for besøk i hjemmet ([39](#)).

Et annet eksempel på utfordringer med kommunikasjon er fra KoKoms bok «*Helsehjelp via telefon - Kunsten å kommunisere*» ([40](#)). Her vises det til bruken av ordet «haster». Hvis legevakt ønsker ambulanse når det haster, vil legevakten tro at ambulansen skal komme raskt, og kanskje forvente rød respons. For AMK vil benevnelsen «haster» bety gul respons og at oppdraget utføres når ambulanse blir ledig.

I Ingers tilfelle var alle involverte oppmerksomme på mistanken om hjertesykdom. Likevel fremstår det som at en todelt tjeneste med ulik begrepsforståelse og ansvarsfordeling utfordret tjenestene og førte til betydelig tap av tid.

Ukom finner at en todelt akuttjeneste kan medføre utfordringer for pasientsikkerheten hvis det ikke er satt inn tiltak for å motvirke dette.

## Kjeden som redder liv

For å kunne redde liv i en situasjon som Ingers, er det mange ledd som må fungere sammen. I akuttmedisin er «Kjeden som redder liv» godt etablert. Modellen beskriver ledd for å optimalisere overlevelse ved livstruende tilstander som hjertestans. Den finnes i ulike varianter. En versjon er utarbeidet for pasienter med psykisk sykdom i møte med akuttjenestene (8). Denne har syv kritiske ledd for overlevelse og godt utfall. Psykisk lidelse kan påvirke alle disse leddene. Ingers historie viser relevansen av flere ledd i modellen, samt viktigheten av forebyggende arbeid.



Illustrasjon: Kjeden som redder liv. Oversatt og basert på modell fra Julie Mackenhauer (8). [Last ned illustrasjon: Kjeden som redder liv](#) (PDF)

	Ingers historie
Gjenkjenne symptomer	Inger innser ikke at hun er syk, selv om hun har brystmerter.
Aktivere helsetjenesten	Først 4,5 time etter symptomene startet ble helsetjenesten kontaktet.
Utløse respons	Det tok lang tid før Inger fikk helsehjelp.
Tidlig behandling	Forsinket diagnostisering gjorde at Inger ikke kunne få anbefalt behandling for hjertesykdom.

Forskning har sett på hvordan leddene i akuttkjeden fungerer for pasienter med psykiske lidelser (8). Funnene viser at pasienter med psykiske lidelser ofte ikke får den hjelpen de trenger. I Norge finnes det ulike helseregistre som kan belyse hvordan det går med pasienter i akuttkjeden. Disse er imidlertid ikke koblet sammen. Kobling mellom registre kunne gi informasjon og bidratt til læring og forbedring i helsevirksomhetene. Dette ville også bedre forutsetningene for å evaluere beslutningsstøtteverktøyene.

I sykehusets hendelsesanalyse etter Ingers dødsfall deltok ikke alle parter som var involverte i pasientforløpet. Dette innebar at helsepersonell og virksomheter mistet en anledning til å kunne lære av hendelsen på tvers av organisering.

*«Jeg tror vi ville hatt nytte av en felles gjennomgang av hendelsen. Men det er vanskelig når det ikke er forankret i toppen av organisasjonen og delt mellom to forvaltninger.»*

KOMMUNEOVERLEGE

## 7 Våre funn: Behandlingen er ikke helhetlig

Publisert 23. august 2023

Sist oppdatert 23. august 2023

Inger ble lagt inn på en akuttpost i psykisk helsevern fordi det ble forutsatt at hun var kjent der og at hun best kunne ivaretas i en slik avdeling. Spørsmålet er hvilke rammer avdelingen i psykisk helsevern hadde for følge opp Ingers somatiske lidelse, og hvilke muligheter avdelingen hadde for å få bistand fra somatiske avdelinger. De kommende avsnittene drøfter funn knyttet til disse forholdene.

### Somatisk oppfølging i psykisk helsevern

I psykisk helsevern er det rutiner for kartlegging av somatisk helse, med måling av blodtrykk, puls, en kort somatisk undersøkelse og blodprøver. Ved behov for mer omfattende undersøkelser søkes bistand fra somatisk avdeling.

Avdelinger i psykisk helsevern har varierende tilgang på medikamenter, utstyr og kompetanse for somatisk undersøkelse, behandling og overvåking. Medikamenter for akutte situasjoner er gjerne tilgjengelig i eget akuttutstyr. Logistiske rammer kan også være utfordrende, for eksempel å ta blodprøver utover fast oppsatte tider som helg og ettermiddag. Bemanningen i psykisk helsevern er sammensatt primært for å ivareta psykisk helse. Det er derfor flere ansatte som ikke har somatisk behandling i sin kjernekompetanse. Ved enkelte avdelinger er det også høy andel personer uten helse- og sosialfaglig utdanning. Ulikheter i utstyr, undersøkelsesrom og kompetanse påvirker mulighetene for god observasjon og behandling av somatiske tilstander.

Selv om pasienten ikke mottar aktiv somatisk behandling, er det behov for kompetanse på somatisk observasjon i psykisk helsevern. Det er nødvendig for å oppdage forverring av somatisk tilstand, og for oppfølging av medikamentell behandling. I Ingers tilfelle handlet det om smertelindring.

I april 2020 lanserte Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand ([41](#)). Rådene gjelder også for psykisk helsevern. I rapporten «[Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost](#)» anbefaler Ukom at de faglige nasjonale rådene blir implementert i døgnenheter i psykisk helsevern ([42](#)).

*«Hun blir værende i psykiatrien selv når en har konstatert en akutt hjertelidelse. Vi har ikke mulighet til å behandle hjertetilstanden eller smertelindre på samme måte som i somatikken. Vi har ikke erfaring med dette når det gjelder hjertelidelser. Vi har heller ikke mulighet å overvåke. Vi vet det er høy risiko etter hjerteinfarkt.»*

Hjerteobservasjon er en viktig del av oppfølgingen ved hjertesykdom. Dette inkluderer overvåking av hjerterytmen, blodtrykk og oksygenmetning. Denne overvåkingen gir helsepersonell verdifull informasjon om pasientens tilstand og hjelper dem med å sette inn nødvendige tiltak. Slik observasjon bidrar til å redusere dødeligheten etter hjerteinfarkt. Sengeposten der Inger var innlagt hadde ikke mulighet for slik kontinuerlig overvåking.

De siste timene fikk Inger igjen smerter. Avdelingen kunne ikke gi morfin intravenøst. Dette ville vært det beste i en slik situasjon. Ut fra tilgjengelig utstyr og medisiner fikk hun først tabletter. Senere fikk hun morfin fra akuttkoffert, som intramuskulær injeksjon. Det er beskrevet at hun hadde effekt av injeksjonen, men dette er ikke førstevalgsbehandling ved brystmerter.

Ukom ser at mange avdelinger i psykisk helsevern ikke har rammer eller bemanning for å ivareta eller overvåke somatisk helse hos innlagte pasienter.

## Geografisk og organisatorisk avstand

Ved behov for tilsyn vil avstanden mellom somatisk avdeling og psykisk helsevern få betydning. Hvor langt det er til somatisk avdeling påvirker terskelen for tilsyn og tiden det tar for å få hjelp. Noen sykehus har korte avstander eller felles akuttmottak, mens andre steder kreves ambulansetransport hvis pasienten skal flyttes mellom avdelinger.

Der Inger var innlagt ble det anslått at det tar ca. 15 minutter å overflytte en pasient ved akutte behov. Det er beskrevet at somatiske tilsyn ved avdelingen ble gjennomført ved å ta pasienten til somatisk avdeling. Ingen av informantene kunne gi eksempel på at leger fra somatiske avdelinger hadde kommet til sengepost i psykisk helsevern for å vurdere pasienter. Et argument for dette var at utstyr for undersøkelse ikke er tilgjengelig, og det derfor er mer praktisk å ta pasienten til somatisk avdeling.

Geografisk og organisatorisk avstand vil i tillegg føre til at pasienter i større grad drøftes per telefon, og ikke undersøkes fysisk av lege med relevant kompetanse. Med informasjon som kun er gjengitt muntlig, svekkes grunnlaget for å treffe gode beslutninger. Avstand kan også bidra til at ansvarsfølelsen for en pasient reduseres. Dette kan påvirke innholdet i behandlingen og hvilken pasient som blir prioritert. Samlokalisering gir ikke i seg selv bedre samhandling, men kan legge forholdene til rette for dette. Fungerende konsultasjon- og liaisontjenester mellom psykisk helse og somatikk kan kompensere for avstand.

Ukom har fått informasjon fra representanter ved to sykehus som delvis har samlokalisert psykisk helsevern og somatiske avdelinger. De forteller at det ikke bare er den geografiske plasseringen i seg selv som har betydning, men tettere samhandling som følge av redusert avstand. Nærhet kan gi tettere samarbeid og mer helhetlig ivaretagelse av pasienter. En sterkere oppfattelse av felles ansvar er viktig for en helhetlig tilnærming.

Ukom finner at geografisk og organisatorisk avstand vanskeliggjorde helhetlig ivaretagelse av Ingers psykiske og fysiske helse.



Illustrasjonsfoto: Mostphotos

## **Kjennskap til ulikheter i rammebetingelser**

Psykisk helsevern og somatiske avdelinger trenger god kjennskap til hverandres rammer for å ta gode beslutninger i pasientforløp.

Ingers historikk med psykisk sykdom ble avgjørende for hvor hun ble innlagt. De begrensede rammene for somatisk ivaretagelse i psykisk helsevern ble ikke vektlagt.

På somatiske avdelinger er det utfordrende å ivareta urolige pasienter og pasienter som ikke ønsker å være innlagt. Ut fra forutsetningene på den konkrete avdelingen må det vurderes om det er rammer for å ivareta pasienten. I motsatt fall må kompensierende tiltak settes inn. Det kan blant annet legges en felles plan for observasjon og tilsyn, kriterier for overføring, hvilke medisiner og utstyr som må være tilgjengelig og hvordan akutte situasjoner skal håndteres.

Ved avdelingen der Inger ble innlagt, er prosedyren at personell fra psykisk helsevern følger med til somatisk avdeling hvis pasienten er tvangsinnlagt. Ved frivillig innleggelse er det i utgangspunktet den somatiske avdelingen som må sørger for ekstra personell. I Ingers tilfelle ble det vurdert at vilkårene for tvunget psykisk helsevern ikke var oppfylt. Dette medførte at hun ved en eventuell overføring ikke nødvendigvis skulle følges av personell fra psykisk helsevern.

Flere forhold kan påvirke terskelen for å overføre pasienter mellom psykisk helsevern og somatisk avdeling, for eksempel rutiner for ansvar og bemanning. Ukom mener det er viktig at rutiner og administrative hensyn ikke går på bekostning av faglige vurderinger.

*«Det som var meldt inn var brystmerter, men det bakteppet at hun var en krevende psykotisk pasient som lett skjøv andre fra*

*seg og var vanskelig å hjelpe farget valgene som ble tatt, ikke bare en gang, men gang på gang. Hvilke refleksjoner er det som gjør at man hele tiden landet på at det var best for henne å være i psykiatrien?»*

## OVERLEGE

God dialog mellom avdelinger er viktig i beslutningen om hvor pasienten skal legges inn, og om det er behov for overføring mellom avdelinger. Det fremgår i vår undersøkelse at noen beslutninger ble misforstått, og informasjon gikk tapt på veien. Sykehusets interne hendelsesanalyse påpeker at kommunikasjonen mellom psykisk helsevern og somatikk ble gjennomført mellom leger i spesialisering (LIS), og ikke mellom overleger. Analysen derfra konkluderer med at dette kan ha skapt utfordringer med å treffe riktige avgjørelser.

I Ingers tilfelle ble kriterier for eventuell overflytting til somatisk avdeling skissert av hjerteavdelingen. Da hun ble dårligere på tirsdag kveld var disse kriteriene egentlig innfridd. Dette fremstod imidlertid ikke klart for helsepersonellet nærmest Inger. Forklaringen på dette kan ligge i utydelige avtaler, svikt i informasjonsflyt og/eller manglende forutsetninger til å fange opp og forstå Ingers symptomer.

På noen sykehus er leger i spesialisering et bindeledd mellom psykisk helsevern og somatikk. Roterings mellom avdelinger på sykehus gir dem godt innblikk i rammebetingelsene på ulike avdelinger. Rotasjonen inkluderer kirurgisk og indremedisinsk praksis, men psykisk helsevern er ikke alltid inkludert. De som ikke har psykisk helse som del av praksis i sitt spesialiseringsløp, trenger heller ikke innfri læringsmålene knyttet til psykisk helse. Læringsmål knyttet til somatisk oversykkelighet blant psykisk syke bortfaller dermed også.

Ukom mener at manglende forståelse av hverandres rammebetingelser mellom psykisk helsevern og somatiske avdelinger, øker faren for at pasienter blir liggende ved en avdeling som ikke kan ivareta deres behov og at kompensierende tiltak ikke iverksettes.



# 8 Våre funn: Mangelfull oppfølging før akutt somatisk sykdom oppstår

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Før de akutte hjerteproblemene oppstod hadde Inger gjennom mange år hatt en kronisk psykoselidelse. I hele det lange sykdomsforløpet var hun lite interessert i hjelp fra helse- og omsorgstjenesten, og hun fikk i stor grad takke nei.

Det er en kjent problemstilling at det i noen pasientgrupper er en større andel som ikke ønsker å ta imot hjelp, og som har en annen oppfatning av eget hjelpebehov enn hva både pårørende og helsepersonell har. For personer med alvorlig psykisk lidelse bør helse- og omsorgstjenesten i langtidsforløpet søke etter muligheter for å forebygge alvorlig somatisk sykdom. Forebygging og en aktiv tilnærming for å få pasienten til å ta imot hjelp, vil ikke bare begrense tap av leveår, men også bidra til økt livskvalitet.

I dette kapittelet vil vi først si noe om hvem Inger var, før vi ser på forhold som gjorde det vanskelig for helsetjenesten å komme i posisjon til å gi Inger den hjelpen hun hadde behov for.

## Historien: Hvem var Inger?

Inger var gjennom livet en stille og forsiktig dame som likte seg best hjemme. Hun stelte hus og hjem, mens ektefellen tok seg av kontakten med omverden. De fikk to barn. De som kjente Inger godt beskriver at hun var språklig sterk, hadde klare meninger og fulgte nøye med på hva som skjedde i samfunnet. Det var et hardt slag for Inger da mannen døde brått. Etter hvert ble det tydelig at hun ikke hadde det bra. Hun ble mistenksom og mente at hun ble overvåket og telefonavlyttet. Barna opplevde at hun isolerte seg mer enn før og at hun endret atferd og forandret seg psykisk.

I løpet av 2008 ble Inger innlagt på tvunget psykisk helsevern i to omganger. Etter at hun ble overflyttet til åpen avdeling, samarbeidet hun godt og tok medisiner uten motstand. Mellom innleggelsene var Ingers fastlege ved flere anledninger i kontakt med henne og var på gjentatte hjemmebesøk.

Alderspsykiatrisk avdeling på sykehuset utredet Inger for å avklare diagnosen. Til tross for at det ikke ble konkludert med noen alderspsykiatrisk diagnose, fortsatte avdelingen oppfølgingen av Inger siden de allerede var involvert. Fra mai 2009 dro en psykiatrisk sykepleier på hjemmebesøk til Inger hver andre uke. Sykepleieren opplevde at de klarte å etablere en relasjon.

I 2010 døde Ingers sønn brått av hjerteinfarkt. Inger mente at det hele var oppspinn og en del av en konspirasjon. Hun ble på nytt tvangsinnlagt. Ved utskrivelsen samme år, godtok Inger oppfølging fra alderspsykiatrisk poliklinikk. Personalet foreslo å søke om kommunal støttekontakt, men dette avviste hun.

Sommeren 2013 valgte alderspsykiatrisk avdeling å avslutte oppfølgingen av Inger. De mente hun klarte seg godt til tross for at hun levde isolert og hadde lite sosialt nettverk. Inger ønsket ikke hjelp

fra kommunen etter at alderspsykiatrisk avdeling avsluttet sitt engasjement, men hun gikk med på at fastlegen kunne ringe henne et par ganger i året.

Mot slutten av 2017 falt Inger på isen og skadet seg. Først etter flere dager gikk hun med på at fastlegen fikk kjøre henne til sykehuset. Det ble konstatert armbrudd. Fastlegen opplevde Inger som mistenksom og rigid, med vrangforestillinger og hallusinasjoner. Alderspsykiatrisk vurderte at mange av vilkårene for innleggelse på tvang var til stede, men at det etter en helhetsvurdering ikke ville være etisk riktig med tanke på den krenkelsen dette ville innebære for Inger. I journal er det notert:

*«Hvis pasient skulle bli akutt somatisk syk, føler vi oss relativt trygge på at man ville kunne fange opp dette via datter, svigerinne eller fastlege direkte»*

JOURNAL

På forsommeren 2018 tok pårørende kontakt med Ingers fastlege, og i juni ble Inger tvangsinnlagt for fjerde gang. I epikrisen er det notert at Inger ikke ønsket noen somatisk undersøkelse, da hun kjente seg i fin form.

Inger ble sint på fastlegen som hadde bidratt til tvangsinnleggelsen, og hun var etter utskrivelsen lite interessert i videre kontakt. Men hun ble fulgt opp av sykepleiere fra alderspsykiatrisk. Fra våren 2020 opplevde sykepleierne henne mer intens og med økende uttrykk for vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, samt med mer fysiske plager. De pårørende var svært bekymret. De forteller om hus og hage som forfalt, manglende hygiene og at Inger ikke klarte å ta vare på seg selv. I september 2020 var det et samarbeidsmøte mellom alderspsykiatrisk, fastlege og datteren. Datteren ba om at det måtte opprettes vergemål for moren. Det ble forsøkt å få Inger med på dette, men hun var avvisende.

To måneder før dødsfallet tok Ingers svigerinne kontakt med alderspsykiatrisk fordi hun var svært urolig. Inger hadde gitt uttrykk for store smerter i ryggen og at hun hadde hovne føtter, noe som var uvanlig. Ved neste hjemmebesøk spurte sykepleieren om dette. Inger svarte at smertene i ryggen kom og gikk. Sykepleieren foreslo kontakt med fastlegen, men det ville hun ikke.

I midten av november sendte datteren en e-post til alderspsykiatrisk avdeling. Hun mente at Inger hadde blitt verre, og etterlyste vurdering av samtykkekompetanse og en behandlingsplan. På et samarbeidsmøte mellom alderspsykiatrisk, fastlege, datter og svigersønn ble det diskutert hvilke muligheter som fantes for å gi Inger bedre hjelp. I desember døde Inger.



Illustrasjon: Shutterstock

## **Inger ønsket ikke hjelp**

Hvorfor var det så vanskelig å få Inger til å ta imot hjelp?

Inger anså seg frisk og ønsket ikke hjelp. Hun ville ikke ha time hos fastlegen eller gjennomføre undersøkelser for å avklare medisinske forhold. Rundt henne sto bekymrede pårørende som mente at Inger absolutt hadde behov for hjelp. De opplevde at kontakt med Inger ble vanskelig på grunn av hennes massive vrangforestillinger og forfølgelsestanker. De så at huset forfalt og at Inger ikke ivaretok seg selv.

For Inger var tvangsinnleggelsene svært vanskelige og hun ga flere ganger uttrykk for at hun opplevde dem som et overgrep. Hun ønsket at journalen fra innleggelsene måtte slettes. Datteren forteller at psykisk sykdom nok var svært skamfullt for Inger.

De pårørende kjente på maktesløshet, og deres opplevelse var at hjelpeapparatet i for liten grad grep inn. På den andre siden sto helsepersonell som vurderte at de ikke hadde mulighet til å gjøre noe mer innenfor rammen av regelverket, siden Inger ikke samtykket til hjelp. Dette til tross for at hun ved flere anledninger var vurdert til å mangle samtykkekompetanse med tanke på egen helse.

Hvilket ansvar hviler på helsetjenesten i slike situasjoner? Hvilke muligheter er det for å få gitt helsehjelp som etter en objektiv norm blir vurdert som nødvendig? Hvilke tiltak kan iverksettes for å komme i posisjon til å gi helsehjelp til en pasient som Inger? Dette er tema i de følgende avsnittene.

## **Å involvere pårørende er god helsehjelp**

Selv om Inger hadde en alvorlig psykisk lidelse gjennom mange år, viser vår undersøkelse at de pårørende i liten grad ble involvert i oppfølgingen. De pårørende mottok heller ikke noe tilbud om oppfølging fra kommune eller spesialisthelsetjeneste i de ulike delene av sykdomsforløpet.

I et langt sykdomsforløp kan pårørende være en viktig bidragsyter. De kan ha informasjon om sykdomsutvikling og symptomer, og de kan også si noe om hvem pasienten er og hva som er pasientens ønsker og behov. Slik informasjon kan hjelpe helsepersonell for å komme i posisjon til å gi hjelp til pasienter som av ulike årsaker er avvisende til kontakt med helse- og omsorgstjenesten.

For Ingers barn var det svært krevende da moren ble syk. Relasjonene ble vanskelige på grunn av Ingers vrangforestillinger, hennes forfølgelsestanker og manglende sykdomsinnsikt.

Pårørende er gitt flere rettigheter i de ulike helselovene. Alle pårørende har rett til generell veiledning og informasjon. Helse og omsorgstjenesten skal legge til rette for godt samarbeid og tilby nødvendig pårørendestøtte. Når en pasient ikke kan ivareta sine egne interesser, kan den nærmeste pårørende ha rett til informasjon som gjør det mulig å få innsikt i helsetilstanden til pasienten og innholdet i helsehjelpen. På denne måten kan den nærmeste pårørende sikre pasientens interesser og rettigheter. Den nærmeste pårørende har også rett til å medvirke.

I 2017 gav Helsedirektoratet ut en nasjonal pårørendeveileder ([43](#)). Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter, og gir anbefalinger til god praksis. Det er ledelsen i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetak som har ansvar for at myndighetskravene i veilederen følges opp. Spesialisthelsetjenesten skal tilby pasienter og pårørende nødvendig opplæring. Dette er uavhengig av pasientens samtykke.

For personer med kronisk og alvorlig psykoselidelse som Inger, vil behovet for oppfølging fra ulike deltjenester og ulike tjenestenivåer også være langvarig. Psykoseveilederen anbefaler at pasienter får støtte til å opprettholde og eventuelt styrke det personlige nettverket sitt dersom de ønsker det ([44](#)). Involvering av pårørende i utredning og behandling kan være med på å redusere risikoen for tilbakefall, og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende.

Manglende involvering av pårørende er omtalt i en ny rapport der et ekspertutvalg, Samtykkeutvalget, har gått gjennom samtykkekompetansevilkåret ([45](#)). Utvalget skriver at pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse står i en krevende omsorgssituasjon der de over tid har fått mer ansvar som følge av høyere terskel for innleggelse og andre kapasitetsutfordringer i tjenesten. Utvalget mener at pårørendesamarbeid må være en sentral del både i kommunenes og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse.

Ukom vurderer at ivaretagelse og støtte av pårørende er svært viktig, særlig i lange sykdomsforløp. Dette vil kunne gjøre dem bedre rustet til å stå i pårørenderollen over tid. Å ta hensyn til de pårørendes belastning er viktig for at de selv skal ha det bra, men også for at de skal kunne være en ressurs for helsetjenesten og en støtteperson for den som er syk.

## **Kunne somatisk sykdom vært forebygget?**

Det var flere faktorer hos Inger som tilsa at hun var en risikopasient med tanke på alvorlig somatisk sykdom. Blant annet hadde hun en BMI på over 30, og det var tilfeller av hjerte- og karlidelse i familien. Undersøkelsen viser at det i oppfølgingen av Inger var liten oppmerksomhet på hennes somatiske helse.

Forebyggende helsearbeid er helt avgjørende for å redusere forekomsten av somatisk sykdom hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser som Inger ([3.5](#)).

Helsedirektoratet understreker at forebygging av somatisk sykdom er viktig for personer med alvorlige psykiske lidelser. Tiltak for å ivareta somatisk helse er derfor tatt inn i pakkeforløp og ulike veiledere ([44, 46-48](#)). Blant tiltakene som er nevnt for pasienter med psykose, er årlig somatisk helseundersøkelse ([44](#)). Psykoseveilederen poengterer at helsepersonell bør følge opp tegn til somatiske helseplager siden pasienten kan være mindre oppmerksom på egne symptomer.

Forebyggende helsearbeid er i utgangspunktet en kommunal oppgave etter folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det forebyggende arbeidet handler om alt fra generelle populasjonsrettede tiltak for å fremme god helse og livskvalitet, til mer individrettede tiltak. Hvilke krav som stilles til individtiltak vil påvirkes av pasientens samtykkekompetanse og den enkeltes evne til å ivareta egne behov (31).

Inger oppsøkte ikke fastlegen, og hun takket nei til tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Alderspsykiatrien var den instansen som hadde hyppigst kontakt med henne.

Funn i vår undersøkelse illustrerer at kommunene bør være proaktive mot grupper som ikke selv tar initiativ til eller ønsker helsehjelp. Det er også behov for at kommunene tilbyr tilpassede lavterskeltilbud for å nå ut til pasientene det gjelder. En slik målrettet tilnærming kan være nødvendig for å lykkes med forebyggende helsearbeid.

*«Ikke undervurder førstelinjen. Det er i kommunen folk skal bo og leve sine liv. Noen pasienter ønsker ikke hjelp eller glipper unna. Da må vi ha god tilgang på lavterskeltjenester som gjør at folk kan få hjelp til å ta vare på seg selv. Muligheter for en dusj, få mat og et klapp på skuldra kan være starten på en allianse.»*

HEIDI EKORNRØD PEDERSEN, I SELVBESTEMMELSENS PRIS (49)

I en fersk rapport fra Legeforeningen om psykiske lidelser og somatisk uhelse (5), er en sentral anbefaling at alle deler av helsetjenesten bruker de kontaktpunkter de har med en pasient til å følge opp somatisk helse. Disse mulighetene finnes ved innleggelse, poliklinisk eller ambulant kontakt. Rapporten understreker videre at forebyggende tiltak fra tidlig alder er viktig, deriblant gjennom etablering av gode levevaner. Funn i vår undersøkelse støtter en slik tilnærming og anbefaling.

I spesialisthelsetjenestens kontakt med Inger var oppfølgingen av hennes somatiske helse svært begrenset. En årsaksfaktor er at hensynet til å ivareta relasjonen til Inger fikk stor oppmerksomhet. En annen faktor er hvordan helsepersonellet vurderte mulighetene de hadde til å følge opp når Inger ikke ville samarbeide.

## **Frivillighet må aktivt forsøkes**

Inger hadde ikke innsikt i egen sykdom, og hun manglet evne til å vurdere konsekvenser av egne valg. Hun takket oftest nei til hjelp.

I Ingers lange sykdomsforløp, fulgte fastlegen henne opp gjennom telefonisk kontakt og ved hjemmebesøk. Inger var motvillig. Noen ganger fikk fastlegen komme inn i gangen, men det var svært begrenset hvilke undersøkelser fastlegen fikk gjennomført. Fastlegen hadde dialog med pårørende og konfererte med Alderspsykiatrisk avdeling.

Ingers fastlege var oppmerksom på hennes utfordringer og drev oppsøkende virksomhet. Fastlegen er grunnpilaren i primærhelsetjenesten. Men det kan stilles spørsmål ved om fastleger generelt har rammevilkår for å gå inn i en aktiv rolle med motiveringsarbeid for å komme i posisjon til å gi bistand til personer som er motvillige til å ta imot hjelp. Tjenesten er i utgangspunktet stedbundet og ytes fra fastlegekontoret hvor pasient selv må oppsøke hjelp. Fastlegeforskriften slår fast at en fastlege som får informasjon om at personer på listen trenger helsehjelp, men ikke søker hjelp selv, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette innebærer at fastlegen i noen grad skal gi oppsøkende

helsehjelp. Men i lys av presset fastlegetjenesten er under, er det begrenset hvilken mulighet fastlegene har til å drive oppsøkende og motiverende virksomhet.

På et tidspunkt, hvor Inger stod uten oppfølging, sendte fastlegen en bekymringsmelding til kommunens tjenestekontor. Der informerte fastlegen om Ingers situasjon, og at Inger ville være avvisende til hjelp. Saksbehandler ved tjenestekontoret tok en telefon til Inger, men hun var ikke interessert i kontakt. Tjenestekontoret tok dette til følge og avsluttet saken.

Når det er behov for en oppsøkende tjeneste, har den kommunale helse- og omsorgstjenesten en sentral rolle. Kommunen respekterte et nei fra Inger etter første henvendelse. Det samme gjorde spesialisthelsetjenesten da Inger skulle skrives ut etter den tredje innleggelsen på alderspsykiatrisk avdeling. Behandler foreslo da en kommunal ordning med støttekontakt. Inger ønsket ikke noen form for bistand fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, og dette ble respektert.

Inger fikk lov til å takke nei til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette reiser noen spørsmål:

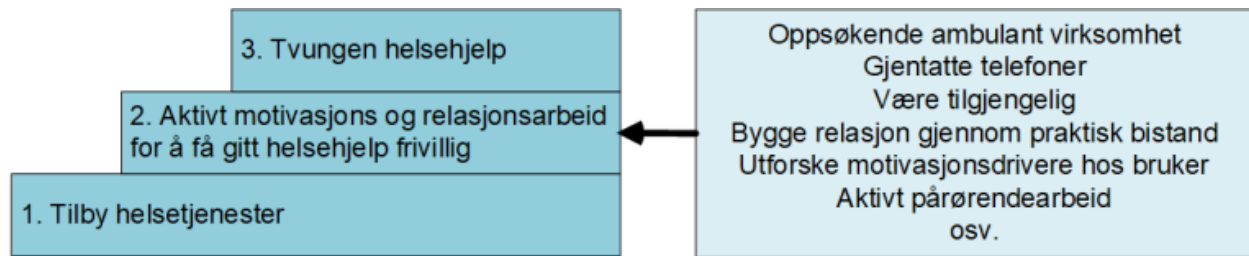
- Kan en mulig årsak til dette være at respekten for den enkeltes autonomi noen ganger er så stor, at vekting mot andre hensyn og prinsipper, blir skjev?
- Kan det være slik at helsepersonell i en travle hverdag i møte med manglende samtykke fra en pasient, trekker seg unna for i alle fall ikke å krenke selvbestemmelsesretten?
- Kan samfunnsdebatten om å begrense tvangsbruk, gjøre helsepersonell defensive i møte med Inger og andre pasienter som gir uttrykk for at de ikke ønsker hjelp?
- Kan det være slik at vurderingen av manglende samtykkekompetanse blir for strengt praktisert?

Samtykkeutvalget som behandlet samtykkebegrepet i psykisk helsevern ([45](#)) og det landsomfattende tilsynet med tvungen somatisk helsehjelp (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A) utført av Statsforvalterne i 2020/21 ([50](#)) viser til at samtykkekompetansevurderinger oppleves vanskelige for helsepersonell. Helsepersonell er usikre på hvordan vurderingen av manglende samtykkekompetanse skal gjøres og dette kan bidra til en for streng praktisering av lovkravet. Samtykkeutvalget tar også til orde for at beviskravet for at en pasient mangler samtykkekompetanse må senkes.

Ukom mener målet med mindre tvangsbruk ikke er synonymt med et ønske om å gi mindre nødvendig helsehjelp, men heller et krav om å øke aktiviteten for at pasienten skal ta imot helsehjelpen frivillig.

Terskelen for å bruke tvang er og skal være høy, men fra et manglende samtykke fra pasienten til det å gi helsehjelp med tvang, ligger det muligheter som helsetjenesten må prøve å utnytte. Helsetjenesten må være aktiv i møte med pasienter som Inger, for å få gitt nødvendig helsehjelp.

Ukom mener at kravet til helsetjenestens aktivitet bør komme tydeligere frem i lovverket. En forventning om en aktiv tilnærming ligger i helseregelverket allerede i dag, formulert som vilkår for å kunne benytte tvang; «andre løsninger» skal prøves, «tillitsskapende tiltak» må gjennomføres og «frivillighet» må forsøkes. Men kravet til aktivitet inngår som ett av flere vilkår for tvangsbruk. Ukom mener at kravet til aktivitet for å få til frivillige løsninger bør være et selvstendig trinn i prosessen. Først tilbys helsehjelp, og ved nei fra pasienten forsøkes det aktivt å motivere pasienten til å ta imot helsehjelp frivillig. Hvis pasienten fortsatt ikke ønsker å motta hjelp, må det vurderes hva som blir konsekvensen dersom pasienten blir stående uten helsehjelp. Spørsmålet er da om det er grunnlag for å bruke tvang.



Trappetrinnmodell - fra frivillig helsehjelp til tvang. [Last ned trappetrinnmodell](#) (PDF)

For hvert trinn må det vurderes hvor stort behovet er, og om det er medisinsk, etisk og juridisk riktig å gå videre.

Et slikt synspunkt er også løftet i NOU 2019:14 *Tvangsbegrensingsloven*, som mener at det bør tydeliggjøres at utprøving av alternativer til tvang er en rettighet for pasienten og en plikt for virksomheten (32):

*«Slik utvalget ser det, bør utprøving av alternativer som vilkår for tvang, korrespondere med hva personen har en rett til å få av hjelpetiltak og hva virksomheten har en plikt til å tilby. Alternativet – at vilkåret er strengere enn retten og plikten – kan utløse uholdbare situasjoner ved at virksomheten kan toe sine hender (avstå fra tvang) og overlate klart hjelpetrengende personer som motsetter seg tjenester, til sin egen skjebne.» (s. 461)*

For personer som Inger, med psykoselidelse og svært liten sykdomsinnsikt, er det viktig at helsetjenesten er proaktiv og oppsøkende, særlig med tanke på den oversykkeligheten som finnes i pasientgruppen. Dersom det er etablert en tidlig kontakt vil helsetjenesten i større grad være i posisjon til å gi hjelp når annen sykdom eller akutt situasjon oppstår. Flere av anbefalingene i psykoseveilederen handler om dette temaet (46).

En årsak til at helsepersonell kan oppleve det som krevende å være pågående overfor pasienter som ikke ønsker hjelp, er at det oppstår mange og vanskelige dilemmaer. Dette vil være vurderinger som krever utøvelse av faglig og etisk skjønn. Vurderingene blir særlig vanskelige dersom det råder usikkerhet om hvordan lovene skal forstås.

For å oppnå økt frivillighet kreves fagetisk bevissthet, dialog over tid og nødvendige ressurser. Helsepersonell må ha mulighet til å jobbe med relasjonsbygging.

## Forarbeid pasient og brukerrettighetsloven kap. 4A

I forarbeidene til pasient og brukerrettighetsloven kap. 4A, er det omtalt en rekke eksempler på hva tillitsskapende tiltak kan være:

- Helhetlig tenkning
- Kjennskap til pasienten
- Veiledning og erfaringsoverføring
- Refleksjonsgrupper
- Kartlegging av årsaker
- Tid
- Informasjon
- Kommunikasjonsform
- Samarbeid med pårørende
- Litt om gangen
- Tilvenning til helsehjelpen

Psykoseveilederen sier at oppfølging av pasienter og brukere med langvarige behov for hjelp bør skje på regelmessig basis og den bør utføres av fast personell. På denne måten kan helsepersonellet vite mer om hva som motiverer.

Samtykkeutvalget ([45](#)) skriver at det må jobbes systematisk med tvangsförebygging og frivillighet på flere nivå i helsetjenesten. De skriver videre:

*«Utvalget vurderer at den betydelige nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern som har skjedd både før og etter 2017, krever en enda større satsing på oppsøkende tilbud rettet mot de sykeste pasientene. Utvalget mener at slike tilbud vil fungere best der kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber sammen om et helhetlig tilbud og som likeverdige parter. Lovverk, finansieringsordninger og samarbeidsavtaler bør gjennomgås med sikte på å lette etableringen av slike tilbud.»*

Ukom vurderer at arbeidet med frivillighet innebærer å øke pasientens evne til selv å kunne ta beslutninger, gi valgmuligheter innenfor rammer den enkelte mestrer og kartlegge hva som er viktig for den enkelte pasienten. Dette er i samsvar med synspunkt som kommer fram i både i tvangslovsutvalget og i rapporten fra samtykkeutvalget ([32, 45](#)).

## Tvang kan noen ganger være god helsehjelp

Dersom helsepersonell ikke når frem med sine forsøk på å få gitt nødvendig helsehjelp på frivillig basis, må det vurderes hva som bli konsekvensen av ikke å gi helsehjelpen. Noen ganger kan det bli nødvendig å gi hjelpen med tvang. Å beslutte å gi helsehjelp med tvang, kan være krevende. Dette er særlig fordi tvang kan oppleves belastende og krenkende for den som utsettes for det. For Inger



var det slik. På den andre siden står pårørende som synes det er fortvilende å se at deres nærmeste som er alvorlig syk, blir stående uten hjelp. For helsepersonellet som skal gjøre vurderingen, blir det en balansekunst der ulike hensyn må veies mot hverandre.

Både reglene om tvungen somatisk helsehjelp og reglene om tvungent psykisk helsevern var relevante på ulike stadier av Ingers sykdomsforløp. For begge regelverkene gjelder det at pasienten må mangle samtykkekompetanse, tvang må anvendes på en faglig og etisk forsvarlig måte, tvangen må være nødvendig og forholdsmessig og den må være til det beste for pasienten. Tvang må alltid brukes på minst mulig inngripende måte.

## **Tvungen somatisk helsehjelp**

Tvungen somatisk helsehjelp overfor Inger kunne være tiltak for å få gjennomført undersøkelser, behandling eller omsorgstjenester.

En av årsakene til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke gikk videre med saken da Inger takket nei til bistand fra dem, var at de mente at det ikke fantes noen hjemmel for å bruke tvang i andres hjem.

Erfaringer fra det landsomfattende tilsynet med tvungen somatisk helsehjelp utført av Statsforvalterne i 2020/21 ([50](#)) oppsummerer at reguleringen av tvungen somatisk helsehjelp ikke er tilstrekkelig kjent, og at det er behov for økt kunnskap og kompetanse om flere tema innenfor feltet. Tilsynet viste også at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten synes det er krevende å benytte regelverket.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A om tvungen somatisk helsehjelp at bestemmelsene er arenauavhengig og kan benyttes uavhengig av hvor helsepersonell gir helsehjelpen, inkludert i private hjem. Også handlinger med omsorgsformål er omfattet av begrepet helsehjelp.

Ukom vurderer at kommunal helse- og omsorgstjeneste har hjemmel for å bruke tvang overfor hjemmeboende dersom de øvrige vilkårene i loven er oppfylt. Funn i vår undersøkelse støtter vurderingen fra landsomfattende tilsyn 2020/2021 om at det er behov for økt kompetanse blant helsepersonell om reglene for tvungen somatisk helsehjelp ([50](#)).

## **Tvungent psykisk helsevern**

Tvungent psykisk helsevern ble benyttet ved fire anledninger for å få Inger innlagt.

De siste årene før Inger døde, var de pårørende stadig bekymret for Ingers helse og evne til å ivareta seg selv og de stilte spørsmål ved mulighetene for nye tvangsinnleggelse. Pårørende har i intervju gitt uttrykk for at de opplevde terskelen hos helsetjenesten for å gripe inn som svært høy. Ved flere anledninger tok fastlege kontakt med alderspsykiatrisk avdeling for å drøfte tvungen innleggelse. Selv om de vurderte at Inger manglet samtykkekompetanse med tanke på egen helse og at hun hadde en alvorlig sinnslidelse, ble tvungen innleggelse avvist av spesialisthelsetjenesten. I helhetsvurderingen la alderspsykiatrisk stor vekt på at Inger opplevde tvangsinnleggelsene som svært traumatiske og belastende.

Det var flere årsaker til at spesialisthelsetjenesten gjorde disse vurderingene. For det første mente de at det viktigste var å ta vare på den skjøre relasjonen alderspsykiatrisk og fastlege hadde klart å bygge til Inger. Ny innleggelse ville kunne føre til at alliansen ble brutt. Fastlege bekrefter i intervju at Inger opplevde fastlegens bidrag i tvangsinnleggelsene som et tillitsbrudd og at relasjonen av denne grunn ble utfordrende og vanskelig.

Et annet argument for ikke å benytte tvungent psykisk helsevern, var at tidligere medisinerer av Inger ble vurdert å ha liten effekt og at hun var plaget av bivirkninger.

Alderspsykiatrisk vurderte at Ingers evne til egenomsorg og tilstand var for god til tvungent vern. En mulig årsak til en slik vurdering kan være at det, spesielt i langtidsoppfølging, er utfordrende å opprettholde en klar terskel for når situasjonen er uakseptabel. Et langsomt og gradvis forfall kan medføre en normalisering av funksjonssvikten. Dette fenomenet er beskrevet i faglitteraturen og er blitt betegnet som husblindhet (51).

Ingers pårørende forteller at hun hadde god effekt av tvangsinnleggelsene. De opplevde at hun ble mer tilgjengelig og interessert og ikke like opphengt i vrangforestillingene sine. Hun var mer ute og viste større interesse for omgivelsene rundt seg. Dette viser at pårørende kan ha andre perspektiver som også er viktig å ta med inn i vurderingene, og at tvangsinnleggelse bør vurderes ut fra den totale behandlingen som kan tilbys, ikke bare med tanke på medisinerer.

Når helsepersonell ikke lykkes med å få en pasient til å ta imot nødvendig helsehjelp frivillig og vedkommende ikke er i stand til å vurdere konsekvensene av dette valget, kan tvang noen ganger være omsorgsfull og god helsehjelp. Tvang kan i noen tilfeller være nødvendig for å yte forsvarlig hjelp ut fra akseptable faglige standarder for god omsorg og i tråd med formålet til menneskerettighetene om å ivareta menneskeverdet. Samtykkeutvalget (45) skriver at en for streng praktisering av reglene for å vedta tvang, kan ha bidratt til underbehandling.

At det er belastende for en pasient å bli utsatt for tvang med tanke på krenkelse og stigma, er relevante forhold å ta med i en helhetsvurdering. Men det er også belastende å ikke få helsehjelp, der konsekvensene kan være forverring av sykdom, ensomhet og forfall. Ingers historie gir en god beskrivelse av de medisinske, etiske og juridiske utfordringene helse- og omsorgstjenesten står i.

Ingers pårørende var ved utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern bekymret for at moren ble overlatt til seg selv. Når spesialisthelsetjenesten avslutter sin oppfølging kan det være behov for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten får kjennskap til personen som skrives ut. Det følger av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter at spesialisthelsetjenesten skal varsle kommunen når de vurderer at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

## Vergemål

Ingers pårørende stilte også spørsmål ved om det å opprette et vergemål for Inger kunne vært et tiltak for å komme i posisjon til å få gitt nødvendig helsehjelp.

Hvis den som skal settes under vergemål er i stand til å vurdere hva dette vil bety, krever opprettelse av vergemål et samtykke. Inger ble vurdert til å forstå hva vergemål innebattet, og hun var tydelig på at hun ikke ønsket verge. Frivillig vergemål ble derfor ikke ansett som aktuelt når det gjaldt Inger.

Det finnes i vergemålsloven en snever adgang til å opprette vergemål mot noens vilje, men dette krever fratakelse av rettslige handleevne. Hvis noen er fratatt rettslig handleevne på det personlige området kan vergen samtykke til helsehjelp, hvis pasienten selv ikke kan det. En verge kunne ha hjulpet Inger dersom vergen hadde klart å få en relasjon til henne og på den måte motivert henne til å ta imot frivillig hjelp. Men en verge kan ikke på vegne av pasienten samtykke til helsehjelp som pasienten motsetter seg. I slike tilfeller er det kun tvangsregelverkene som kan benyttes.

## Etisk refleksjon

I helse- og omsorgstjenesten er det en grunnleggende etisk forståelse at tvang sjelden er ønskelig. Respekt for individets autonomi og frie vilje er dypt forankret i helse- og omsorgstjenestens etiske grunnlag, og disse verdiene kan bli kompromittert når tvang blir anvendt. Det er imidlertid også en etisk forpliktelse å gi nødvendig helsehjelp til de som trenger det, og i enkelte tilfeller kan dette kreve bruk av tvang.

Ingers tilfelle viser de utfordrende etiske dilemmaene som kan oppstå. Det er avgjørende at tvang, når det blir brukt, anvendes på en faglig og etisk forsvarlig måte, og som det minst inngripende tiltaket. Inger opplevde tvang som belastende og krenkende, noe som understreker hvor viktig det er å unngå tvang der det er mulig. Samtidig skal det tas hensyn til hva det antas personen ville ønsket når denne var frisk. Det er også en del av vurderingen om pasienten kan sosialt fornødre seg selv hvis tvang ikke brukes.

Tillitsskapende tiltak og forebyggende handlinger er ofte mer effektive, og gir bedre muligheter for å ivareta pasientens verdighet og autonomi. Dette innebærer at helsepersonell aktivt søker alternative løsninger, jobber for å etablere et sterkt terapeutisk forhold til pasienten, og kontinuerlig vurderer pasientens evne til å samtykke til helsehjelp. Denne tilnærmingen kan ta lengre tid, kreve mer ressurser og være mer utfordrende, men er ofte i pasientens beste interesse.

Til slutt er det verdt å merke seg at mens tvang noen ganger kan være nødvendig, er det alltid viktig å veie de potensielt skadelige effektene mot det ønskede positive utfallet. Balansepunktet mellom å ivareta pasientens helse og respektere pasientens autonomi kan være vanskelig å finne, men det er denne balansen som ligger i kjernen av etisk praksis i helsehjelp.

## 9 Anbefalinger

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Vi har gjennom historien til Inger illustrert flere forhold som kan bidra til tap av leveår og livskvalitet hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I dette kapitlet kommer vi med anbefalinger for å bedre ivaretagelsen av den somatiske helsen til pasientgruppen. Anbefalingene rettes til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, utdanningsinstitusjoner og tjenestene.

### Samtidig ivaretagelse av psykisk og somatisk helse

Vår undersøkelse viser at skillet mellom psykisk helsevern og somatikk utgjør en pasientsikkerhetsrisiko. Ulikheter knyttet til fag, organisasjon, juss, økonomi og kultur bidrar til oppdelt oppfølging av pasienten og dermed manglende helhetlig ivaretagelse. En mer helhetlig forståelse kan fremmes ved organisering som legger til rette for tettere samhandling mellom psykisk helse og somatikk. En helhetlig ivaretagelse kan også bedre holdningen til pasienter med psykiske lidelser.

I helseforetak kan geografisk og organisatorisk avstand mellom somatiske avdelinger og psykisk helsevern påvirke opplevd ansvar for pasienter utenfor egen avdeling. Avstand kan føre til at pasienter med behov for både somatisk og psykisk helsehjelp ikke blir helhetlig ivaretatt. Tiltak for å kompensere for dette kan være gjensidige liaison- og konsultasjonstjenester, større grad av samlokalisering og tettere faglig samarbeid.

### Anbefalinger

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, i oppdragsdokumentet, ber helseforetakene redegjøre for hvordan de under innleggelse og ved poliklinisk oppfølging kan sikre helhetlig ivaretagelse av pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom.

Ukom anbefaler at helseforetakene i bygg- og organisasjonsprosjekter sikrer gode fysiske og organisatoriske rammer for samhandling mellom somatikk og psykisk helsevern.

### Tvang i akutte situasjoner

Vår undersøkelse viser at helsepersonell i prehospitaltjenester er usikre rundt bruk av tvang i akuttmedisinske situasjoner. Dagens regelverk oppfattes som utydelig og fragmentert. Usikkerheten dette skaper kan føre til forsinkelser i tidskritiske situasjoner og heve terskelen for å agere.

### Anbefaling

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør rettsgrunnlaget for bruk av tvang i akutte situasjoner.

# Krav til helse- og omsorgstjenesten når pasienten takker nei til tjenester

Enkelte pasienter takker nei til helse- og omsorgstjenester som helsepersonellet mener er nødvendig. Vår undersøkelse viser at helse- og omsorgstjenesten, også utenfor akutte situasjoner, er usikker på hvilke krav som stilles når pasienten takker nei til tjenester.

Det er viktig å tydeliggjøre forventningene til hvordan helsepersonell skal motivere og prøve ut frivillige tiltak når en pasient med behov avviser tilbud om tjenester. Det bør tydeliggjøres hva som er etisk og juridisk akseptabelt i arbeidet med å oppsøke og motivere pasienter i slike situasjoner. Dette er nødvendig for å sikre respekt for pasientens autonomi, samtidig som tjenestene sikrer pasienters rett til helse og ivaretar deres verdighet.

## Anbefaling

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør krav til at frivillighet skal forsøkes og hva dette i praksis innebærer. Det bør tydeliggjøres at utprøving av frivillighet er et selvstendig vilkår, og hvilket handlingsrom som ligger innenfor denne utprøvingen. Dette ikke bare for å unngå bruk av unødige tvang, men for å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp.

## Utdanning og opplæring

Vår undersøkelse viser at kunnskap om somatisk oversykkelighet hos pasienter med psykisk lidelse i begrenset grad er dekket i utdanningene og spesialiseringene for leger, ambulanspersonell, psykologer og sykepleiere. AMK- og legevaktsoperatører får virksomhetsintern opplæring, uten fordypning i somatisk oversykkelighet hos pasienter med psykiske lidelser. Utdanningene bør i større grad rette oppmerksomheten mot oversykkelighet, og spesielt konsekvensene dette må få for praksis.

Ukom mener det er uheldig at læringsmål for psykisk helse kan velges bort under sykehustjenesten i legenes LIS-1 tjeneste. Dette fordi leger, uavhengig av spesialisitet, vil møte pasienter med samtidig psykiske og somatiske lidelser i sitt arbeid.

## Anbefalinger

Ukom anbefaler at temaet somatisk oversykkelighet hos pasienter med psykiske lidelser inkluderes i relevante helse- og sosialfaglige utdanninger. Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar dette med i neste revidering av RETHOS-retningslinjene.

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere om det bør opprettes utdanningsprogram med felles nasjonale krav for operatører i AMK og legevakt.

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for en evaluering av konsekvensene av at leger i spesialisering (LIS-1) kan gjennomgå sykehustjeneste uten praksis og læringsmål innen psykisk helsevern.

## 10 Læring og refleksjon

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

I rapporten gir Ukom anbefalinger på overordnet systemnivå. Samtidig ønsker vi at rapportene og undersøkelsene våre skal bidra til læring, refleksjon og forbedring i tjenestene. Vi har laget noen refleksjonspunkter knyttet til funnene i rapporten. De kan være nyttige og aktuelle i kvalitets- og forbedringsarbeidet. Ukom har laget [materiell til læring og refleksjon](#) for rapporten.

### Overskygging og andre systemfaktorer

Overskygging i ulike former er sentralt i rapporten. Noen punkter til refleksjon:

- Har vi eksempler og erfaringer med overskygging i egen virksomhet?
- Hvordan kan vi motvirke overskygging i vår virksomhet?
- Hvordan sikrer vi kunnskap om overskygging i vår virksomhet?
- Hvordan er tjenesten vår tilrettelagt for å ivareta pasienter med samtidig somatisk og psykisk lidelse?
- Hvordan opprettholder vi oppmerksomheten på mulig somatisk sykdom hos pasienter med psykisk lidelse?

### Akutt somatisk sykdom hos pasienter med psykiske lidelser

Rapporten viser utfordringer når pasienter med psykiske lidelser blir akutt somatisk syke. Hvordan håndterer helsepersonell mistanke om akuttmedisinske tilstander? Her er noen punkter til refleksjon:

- Hvis pasienten ikke klarer å gi meningsfull informasjon om sin tilstand, hvordan skal vi vektlegge og eventuelt innhente informasjon fra andre?
- Hvordan trener vi og er beredt på å møte pasienter hvor kommunikasjonen er utfordrende?
- Hvordan klarer vi å opprettholde oppmerksomheten på det som er mest tidskrittisk?
- Somatisk oversykelighet hos pasienter med psykiske lidelser er kjent. Hvilke følger får dette for akuttmedisinske vurderinger?
- Hvordan ivaretar vi helheten når beslutningsstøtteverktøyene er laget for å velge en kategori?
- Hvordan sikrer vi gode rutiner for ivaretagelse av pasienter som ikke samarbeider om helsehjelp?
- Hvordan har vi sikret kompetanse på de ulike regelverk for tvungen somatisk helsehjelp?

### Helhetlig behandling

Pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom trenger sammensatte tjenester. Dette gir utfordringer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

- Hvor kan vi i vår virksomhet få utfordringer med helhetlig ivaretagelse av pasienter?
- Hvilke instanser må vi samarbeide med for å ivareta pasienten på en helhetlig måte?
- Hvordan sikrer vi at de ulike aktører som må samarbeide kjenner hverandres muligheter og begrensninger?
- Hvordan kan vi kompensere for eventuelle utfordringer med å gi helhetlige tjenester?

## Hva er rett avdeling ved innleggelse i sykehus?

Når pasienter med behov for samtidige somatiske og psykiske helsetjenester legges inn på sykehus er det viktig å finne ut hvor pasienten best kan ivaretas. Flere forhold påvirker ivaretagelsen, blant annet: utstyr til medisinsk overvåking og utredning, mulighet for prøvetakning, utvalg av medikamenter, somatisk kompetanse og erfaring hos personell (for både observasjon og intervensjon), avstand til somatisk avdeling, stansalarm og tilgang på akutt bistand fra stansteam, mulighet for å få somatisk tilsyn, mulighet for god kommunikasjon og samhandling med somatiske avdelinger, rutiner og prosedyrer for forsvarlig ivaretagelse av somatiske problemstillinger.

- Hvilke rammer har de ulike avdelingene i vår virksomhet til å ivareta samtidig somatisk og psykisk lidelse?
- Hvilken kunnskap har ansatte i vår virksomhet om ulike rammebetingelser på tvers av avdelinger?
- Hvilke kompensierende tiltak kan vi sette inn?

## Hvordan følge opp pasienter som takker nei til helsehjelp?

Det kan være en motsetning mellom pasienters manglende ønske om å motta helsehjelp og behovet pårørende og helsepersonell ser. Forebygging er det viktigste for å øke livskvalitet og hindre tidlig død. Hvor aktive kan helsepersonell være i slike situasjoner og hvilke virkemiddel finnes?

- Hvordan sikrer vi at pasienter som takker nei til nødvendig helsehjelp ikke faller utenfor all oppfølging?
- Hvilken oversikt har vi over pasienter som takker nei til nødvendig helsehjelp innen vårt ansvarsområde?
- Hvordan jobber vi oppsøkende med disse pasientene? Hvor går grensen mellom en ivaretagende oppsøkende virksomhet og pasientens autonomi?
- Hvordan har vi sikret kompetanse på tvangsregelverk og samtykkekompetansevurderinger?
- Hvordan involverer og ivaretar vi pårørende for denne gruppen?

## 11 Fremgangsmåte

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Hensikten med undersøkelsen er å gi innsikt i årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Kompleksiteten i helsetjenesten er stor, og målet med undersøkelsen er å gi en realistisk tolkning av fenomener ved hjelp av informasjon fra intervjuobjekter involvert i hendelsen og utvalgte fagpersoner som ikke var involvert. Det er et mål å unngå overforenkling av årsakssammenhenger i etterpåklokskapens lys ([53](#)).

### Utvalg

Hendelsen vi har undersøkt er valgt blant flere meldinger om somatisk helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser. Den illustrerer hvordan individ- og systemvariabler påvirker overdødelighet hos personer med psykisk lidelse. Den fremstår dermed som egnet til å få fram flere vesentlige forhold opp mot oversykelighet og overdødelighet i gruppen.

En enkeltsak gir ikke alle svar, men kan likevel illustrere utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Denne saken kan belyse flere forhold: møte med nødetatene for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, forebygging av somatisk sykdom og samtidig ivaretagelse av somatisk og psykisk helse under sykehusinnleggelse.

### Journal- og dokumentgjennomgang

Dokumentasjon fra spesialist- og kommunehelsetjeneste, fastlege, lydlogger fra AMK, ambulansjournal og annen skriftlig/digital tilgjengelig informasjon fra alle etater har blitt innhentet og gjennomgått. For å belyse bakgrunnen til Inger strekker opplysningene seg tilbake til før første innleggelse i psykisk helsevern. Prosedyrer, organisasjonskart, og funn fra intern hendelsesanalyse ble også gjennomgått i forbindelse med undersøkelsen.

### Intervjuer

De nærmeste pårørende ble intervjuet først. Ut fra dokumentgjennomgang ble personell fra alle involverte tjenester valgt ut for samtaler. Utvalget inkluderte spesialister, leger, pleiere, operatører, ambulansarbeidere, m.m. Det ble også valgt ut ledere på ulike nivå for å belyse organisatoriske forhold. Alle intervjuene ble gjennomført av minst to personer og det ble gjort lydopptak.

Intervjuene ble lagt opp etter tilpasset KREATIV metode ([54](#)). Dette for å få informasjon som i minst mulig grad er farget av intervjueren. Etter fri forklaring ble konkrete områder utforsket ut fra forhåndsdefinerte temaer og en semistrukturert intervjuguide.

Det ble gjennomført intervju med totalt 28 helsepersonell: Fastlege, 21 helsepersonell fra sykehuset og seks helsepersonell fra kommunen.



# Analysearbeid

Intervjudata ble systematisert, validert og kryssjekket mellom informanter og dokumentasjon/logger. Data i rapporten har blitt gjennomgått for å sikre at informasjonen kan støttes av mer enn en kilde. Generalisering er basert på dialog med fagmiljø og interesseorganisasjoner, samt intern kompetanse i Ukom.

SEIPS (The Systems Engineering Initiative for Patient Safety) er brukt for å strukturere data og gi grunnlag for å danne hypoteser ([55-57](#)). Separate modeller har blitt utforsket for de tre delene av forløpet rapporten omhandler – langtid, prehospital og innleggelse. Dette i tråd med SEIPS' vektlegging av pasientens reise gjennom systemet som fundament til innsikt.

AcciMAP for de tre delene av forløpet har blitt gjennomført i team med bred fagkompetanse innen både granskning, juss, psykisk helse, medisin, human factors, organisasjonspsykologi og ambulansarbeid. AcciMap er valgt fordi metoden gir et systemperspektiv på årsaker og fremstår som en metode egnet for bruk innen helsesektoren ([58-61](#)). AcciMap viser hvordan faktorer har samvirket på flere nivå, langt utover de mest umiddelbare årsakene til hendelsen.

Data har blitt prøvd opp mot ulike modeller for å finne mest mulig meningsbærende forståelse av forløpet.

Vi har i analysen forsøkt å unngå etterpåklokskap og prøvd se den lokale rasjonaliteten i beslutninger. Begrepet lokal rasjonalitet tar utgangspunkt i at enhver handler ut fra gode intensjoner. Den enkelte har begrenset oversikt over faktorene som påvirker utfallet av en beslutning. Derfor handler folk blant annet ut fra sin forståelse, faglige innsikt og ressursbegrensinger i situasjonene og handler ut fra hva som gir mening ([53, 62](#)). Kjennskap til utfallet av en hendelse vil prege hvordan den enkelte husker og vurderer forløpet i ettertid. Selv om personer er bevisst på dette, er det tilnærmet umulig å unngå slik etterpåklokskap ([53](#)).

## Utvelgelse av funn

Formålet med rapporten er å ha legge fram funn som gir mulighet for læring og forbedring på systemnivå. Funn som omtales i rapporten vurderes å ha størst potensial for læring og forbedring på nasjonalt nivå, og ikke bare for den enkelte organisasjon eller helsepersonell.

## Forankring

Forankring av undersøkelsene har hatt to hovedelementer. Det første er gjennomgang av faglitteratur. Funn fra litteratursøk er lagt fram i rapport og har blitt brukt i analysearbeid.

Den andre delen er faglige forankring gjennom intervju, konfereringer og arrangerte møter med flere fagpersoner og organisasjoner for innspill. Dette ble gjort for å drøfte funn, retning og om temaene i undersøkelsen var gjenkjennelig. Behovet for ytterligere informasjon utviklet seg underveis i undersøkelsen og samtalene ble gjort fortløpende. Flere samtaler ble gjennomført med fagpersoner fra forskjellige offentlige institusjoner, organisasjoner, regionale helseforetak og helseforetak.

Ukom har snakket med:

- Aldring og Helse
- Anne Høye, professor psykiatri UNN
- Bipolarforeningen
- Den Norske Legeforening
- Julie Mackenhauer, PhD, lege
- Fellesorganisasjonen (FO)
- Helse Fonna (for samtale om erfaringer med samlokalisering og felles akuttmottak)
- Helsedirektoratet

- Mental Helse
- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
- Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjons beredskap (KoKom)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
- Nasjonalt senter for aldring og helse
- Norsk Psykologforening
- Norsk sykepleierforbund
- Oslo MET
- Pårørendealliansen
- Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling - SESAM
- Ukoms refleksjonspanel
- WSO – We Shall Overcome

Vi er takknemlige for alle drøftinger. De har bidratt til å belyse feltet og gitt verdifulle innspill. Ansvaret for innholdet i rapporten og anbefalinger hviler på Ukom, og vi håper å ha ivaretatt de ulike perspektivene.

## 12 Ukoms oppdrag

Publisert 23. august 2023    Sist oppdatert 23. august 2023

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser og forhold som skal undersøkes, samt omfanget av undersøkelsene.

Undersøkelser gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Rapportene til Ukom er offentlige og inneholder ikke referanser til enkeltpersoners navn og adresse. Ukom vurderer i hver enkelt undersøkelse om rapporten skal vise til hvor hendelsen fant sted.

Ukoms virksomhet er hjemlet i [lov 16. juni 2017 nr. 35 om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten](#) (62).

## 13 Referanser

Publisert 23. august 2023      Sist oppdatert 23. august 2023

1. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21593516>
2. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*. 2013;8(1):55176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23372832>
3. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(8):675-712. [https://www.thelancet.com/article/S2215-0366\(19\)30132-4/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S2215-0366(19)30132-4/fulltext)
4. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS ONE*. 2011;6(9):24597. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0024597>
5. Legeforeningen. Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse. Legeforeningen; 2023. <https://www.legeforeningen.no/bedre-helse-lengre-liv-2023.pdf>
6. Behandlingsrådet. Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. Behandlingsrådet; 2023. [https://sum.dk/Media/Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser.pdf](https://sum.dk/Media/Behandlingsraadets_rapport_vedrørende_ulighed_i_somatisk_behandling_af_patienter_med_psykiske_lidelser.pdf)
7. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Hoyer A, et al. Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies. *Am J Psychiatry*. 2021;178(9):793-803. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34256605>
8. Mackenhauer J. Disparities in Emergency Care Among Patients with Mental Illness. 2022. [https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/499829720/PHD\\_JMackenhauer.pdf](https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/499829720/PHD_JMackenhauer.pdf)
9. Heiberg IH, Jacobsen BK, Balthesgard L, Bramness JG, Naess O, Ystrom E, et al. Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(6):558-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30844079>
10. Johnsen E, Gjestad R, Kroken RA, Mellesdal L, Løberg E-M, Jørgensen HA. Cardiovascular risk in patients admitted for psychosis compared with findings from a population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011;65(3):192-202.

11. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *The British journal of psychiatry*. 2009;195(6):545-50. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/treatment-of-ischaemic-heart-dis>
12. Barcella CA, Mohr GH, Kragholm KH, Gerds TA, Jensen SE, Polcwiartek C, et al. Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Patients With and Without Psychiatric Disorders: Differences in Use of Coronary Angiography, Coronary Revascularization, and Implantable Cardioverter-Defibrillator and Survival. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(16):012708. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31423870>
13. Ronaldson A, Elton L, Jayakumar S, Jieman A, Halvorsrud K, Bhui K. Severe mental illness and health service utilisation for nonpsychiatric medical disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):1003284. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32925912>
14. Mackenhauer J, Valentin JB, Mikkelsen S, Steinmetz J, Vaeggemose U, Christensen HC, et al. Emergency Medical Services response levels and subsequent emergency contacts among patients with a history of mental illness in Denmark: a nationwide study. *Eur J Emerg Med*. 2021;28(5):363-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33709996>
15. Gorczynski P, Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D. Are people with schizophrenia adherent to diabetes medication? A comparative meta-analysis. *Psychiatry research*. 2017;250:17-24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.049>
16. Hallyburton A. Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(6):1360-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35718951>
17. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(3):169-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18699951>
18. Jopp DA, Keys CB. Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *Am J Ment Retard*. 2001;106(5):416-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11531461>
19. van Nieuwenhuizen A, Henderson C, Kassam A, Graham T, Murray J, Howard LM, et al. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(3):255-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089191>
20. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms--a qualitative study. *PLoS One*. 2014;9(11):111682. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369130>
21. Crichton P, Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych bulletin*. 2017;41(2):65-70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
22. Bueter A. Diagnostic Overshadowing in Psychiatric-Somatic Comorbidity: A Case for Structural Testimonial Injustice. *Erkenntnis*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10670-021-00396-8>

23. Fevre PL. Improving the physical health of patients with schizophrenia: therapeutic nihilism or realism? *Scottish medical journal*. 2001;46(1):11-3. <https://doi.org/10.1177/003693300104600>
24. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(2):83-8. [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Life\\_expectancy\\_and\\_cardiovascular\\_mortality\\_in.4.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Life_expectancy_and_cardiovascular_mortality_in.4.aspx)
25. Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric services*. 1999;50(8):1036-42. <https://doi.org/10.1176/ps.50.8.1036>
26. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346:f2539. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23694688>
27. Chang WC, Chan JKN, Wong CSM, Hai JSH, Or PCF, Chen EYH. Mortality, Revascularization, and Cardioprotective Pharmacotherapy After Acute Coronary Syndrome in Patients With Psychotic Disorders: A Population-Based Cohort Study. *Schizophr Bull*. 2020;46(4):774-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32083305>
28. Attar R, Berg Johansen M, Valentin JB, Aagaard J, Jensen SE. Treatment following myocardial infarction in patients with schizophrenia. *PLoS One*. 2017;12(12):0189289. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29236730>
29. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2013;110(15):5797-801. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23530191>
30. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
31. Aasen HS. Forsvarlig eldreomsorg? Et kritisk blikk på dom avsagt av Oslo tingrett. In: Østenstad BH, editor. *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. p. 105-34.
32. Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Oslo; 2019. NOU 2019:14. <https://lovdata.no/static/NOU/nou-2019-14.pdf>
33. På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Oslo; 2016. NOU 2016:17. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>
34. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo; 2011. NOU 2011:9. <https://www.regjeringen.no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
35. Helsedirektoratet og Politidirektoratet. *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 03. juli 2023. IS-5/2012. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-personer-med-psykisk-lidelse>
36. KoKom. *Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring av operatører i medisinsk nødmeldetjeneste*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom); 2023.

37. Helse- og omsorgsdepartementet. Sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.  
[https://www.regjeringen.no/amk\\_utredning\\_150916.pdf](https://www.regjeringen.no/amk_utredning_150916.pdf)
38. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp - Versjon 4.2: Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin - NAKOS; 2020.  
[https://www.nakos.no/indeks\\_for\\_medisinsk\\_nødhjelp.pdf](https://www.nakos.no/indeks_for_medisinsk_nødhjelp.pdf)
39. KoKom. Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring av operatører i medisinsk nødmeldetjeneste. KoKom, Nasjonalt kompetansesenter for helse-tjenestens kommunikasjonsberedskap; 2011.  
<https://kokom.no/wp-content/uploads/2023/06/Kompetanseplan-for-enhetlig-grunnopplaering-230531-LANG-V1>.
40. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT, Ellensen E, Furu SF, Johansen IH, et al. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin; 2014.  
[https://norceresearch.brange.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/8919/Nklm\\_rapport%207-2014.p](https://norceresearch.brange.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/8919/Nklm_rapport%207-2014.p).
41. Realfsen VR, Dreyer K, Valdersnes GHF, Gjertesen A. Helshjelp via telefon - kunsten å kommunisere. Bergen: KoKom - Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap; 2021. <https://kokom.no/kunsten-a-kommunisere-2/>
42. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2020.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
43. Ukom. Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom); 2020.  
<https://ukom.no/rapporter/dodsfall-pa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost/sammendrag>
44. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. Helsedirektoratet; 2019.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paerorendeveileder>
45. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning.pdf>
46. Bedre beslutninger, bedre behandling. Oslo: Ekspertutvalg om samtykkekompetanse; 2023. IS-1957. [https://www.regjeringen.no/no/rapport\\_bedre\\_beslutninger\\_bedre\\_behandling.pdf](https://www.regjeringen.no/no/rapport_bedre_beslutninger_bedre_behandling.pdf)
47. Helsedirektoratet. Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne - Pakkeforløp. Helsedirektoratet; 2020.  
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne>
48. Helsedirektoratet. Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.  
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rus>

49. Helsedirektoratet. Forebygging av hjerte- og karsykdom Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet; 2018.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
50. Halvorsen P. Selvbestemmelsens pris. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2023;60:202-7.  
<https://psykologtidsskriftet.no/node/25702/pdf>
51. Helsetilsynet. Framleis tvil om tvang - Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2020–21 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstenester. Oslo: Helsetilsynet; 2023. 1/2023.  
<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/framleis-tvil-om-tvang/#>
52. Førde R, Iden P. To år med en havarikommisjon i helsetjenesten 2021 [Available from:  
<https://tidsskriftet.no/2021/06/debatt/ar-med-en-havarikommisjon-i-helsetjenesten>
53. Woods DD, Dekker S, Cook R, Johannesen L, Sarter N. Behind human error: CRC Press; 2017.
54. Rachlew A, Løken Svein G-E, Tore B. Den profesjonelle samtalen: Universitetsforlaget; 2020.
55. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care. 2006;15 Suppl 1: 50-8.  
[https://qualitysafety.bmj.com/content/15/suppl\\_1/i50](https://qualitysafety.bmj.com/content/15/suppl_1/i50)
56. Holden RJ, Carayon P. SEIPS 101 and seven simple SEIPS tools. BMJ Qual Saf. 2021;30(11):901-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34039748>
57. Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, Hoonakker P, Hundt AS, Ozok AA, et al. SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. Ergonomics. 2013;56(11):1669-86. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088063>
58. Branford K, Hopkins A, Naikar N. Guidelines for AcciMap analysis. Learning from high reliability organisations. Australia: CCH Australia Ltd.; 2009.
59. Igene OO, Johnson CW, Long J. An evaluation of the formalised AcciMap approach for accident analysis in healthcare. Cognition, Technology & Work. 2021;24(1):161-81.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10111-021-00669-w>
60. Salmon PM, Cornelissen M, Trotter MJ. Systems-based accident analysis methods: A comparison of Accimap, HFACS, and STAMP. Safety science. 2012;50(4):1158-70.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10111-021-00669-w>
61. Underwood P, Waterson P. A critical review of the STAMP, FRAM and Accimap systemic accident analysis models. Advances in human aspects of road and rail transportation, 2012. p. 385-94.
62. Dekker S. The field guide to understanding 'human error'. Third edition. Ashgate Publishing, Ltd. 2014
63. Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, (2017).  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>
64. Anne Høye, professor psykiatri UNN, har bidratt med avklaring og definisjon av begrepene "negativ pragmatisme" og "terapeutisk nihilisme".



**Statens undersøkelseskommissjon  
for helse-og omsorgstjenesten**

Postboks 225 Skøyen  
0213 Oslo  
E-post: [post@ukom.no](mailto:post@ukom.no)  
Org nr: 921018924

ISBN 978-82-8465-033-3