

# Faglig påfyll til kommisjonsleger som skal overprøve psykiatere

Lars Lien, Leder, Norsk Psykiatrisk Forening

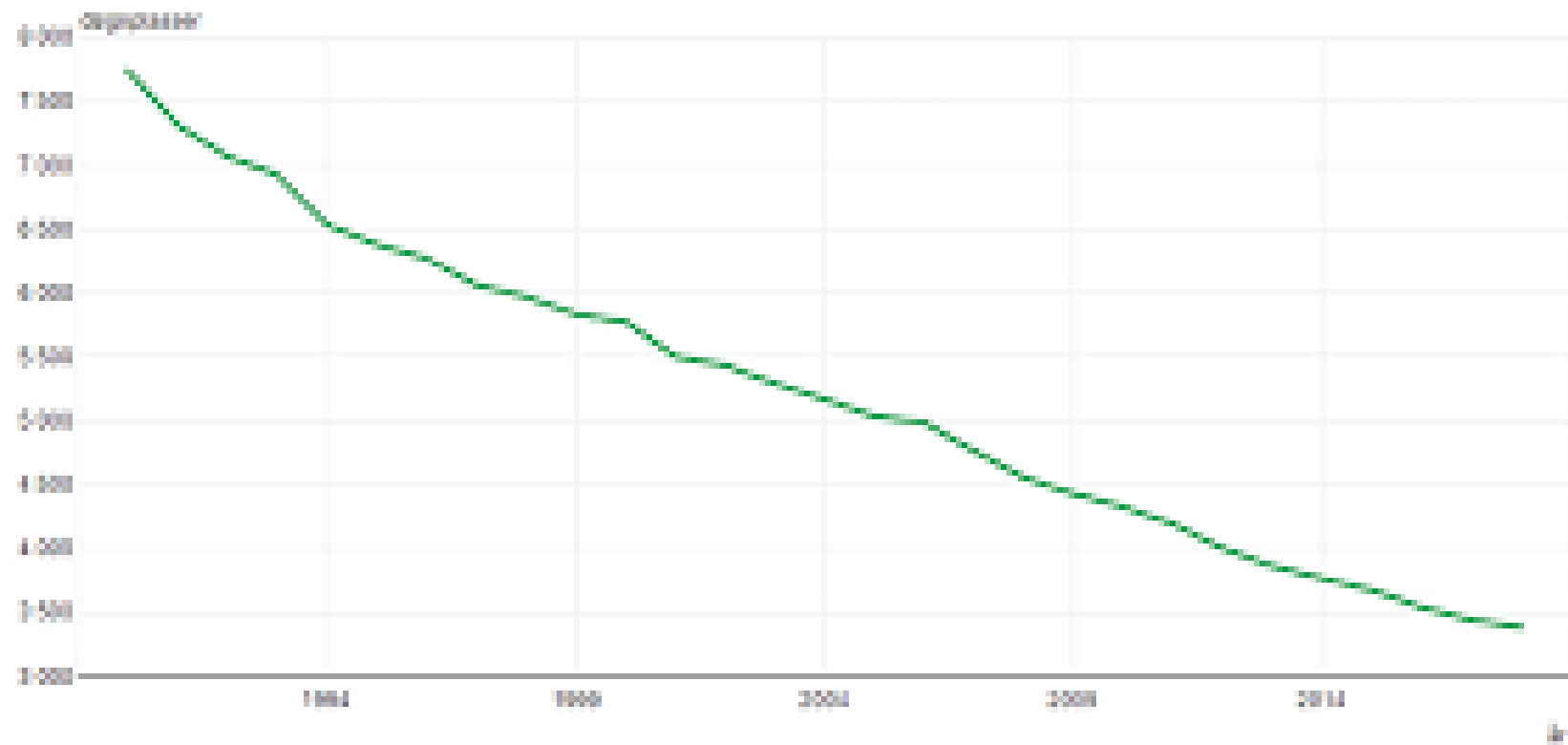
Kristin Jørstad Fredriksen, Avdelingsoverlege Sikkerhet, SUS

# Kort bakgrunn

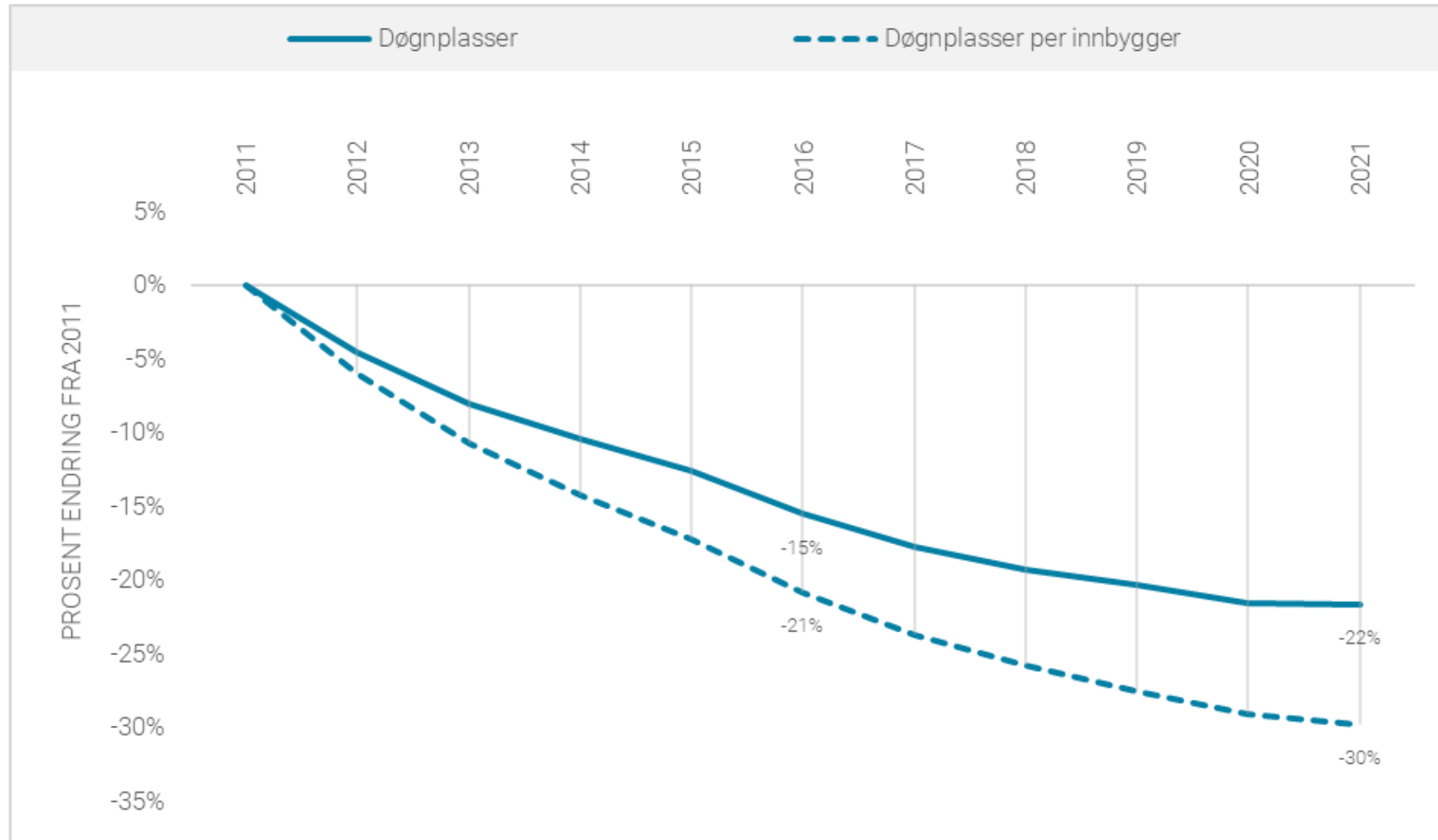
- Utfordringer: Systematisk nedlegging sengeplasser, kortere innleggelser, sykere, mye rus som vanskeliggjør diagnostikk, flere langtidspasienter dom TPH, får ikke ned tvangsbruk
- Økt oppmerksomhet i samfunnet/media rundt ubehandlet psykoselidelse og vold, samt selvmord. Stort ansvar for KK og sykehus
- Lidelsenes natur: episodiske, fluktuerende
  - Det vanskelige med si noe bastant om forverring, samt risiko
- Diagnoser: Symptombeskrivelser, sier ikke noe om årsak. Diagnostisk drift
- Psykiatrisk behandling lite manualbasert sammenliknet med andre fagfelt i medisin-> vanskelige skønnsvurderinger av KK

# Fra 7745 til 3390 senger (1990-2018)

04511: Fysisk helsetilstand for voksne, etter år. Døgnplacater.

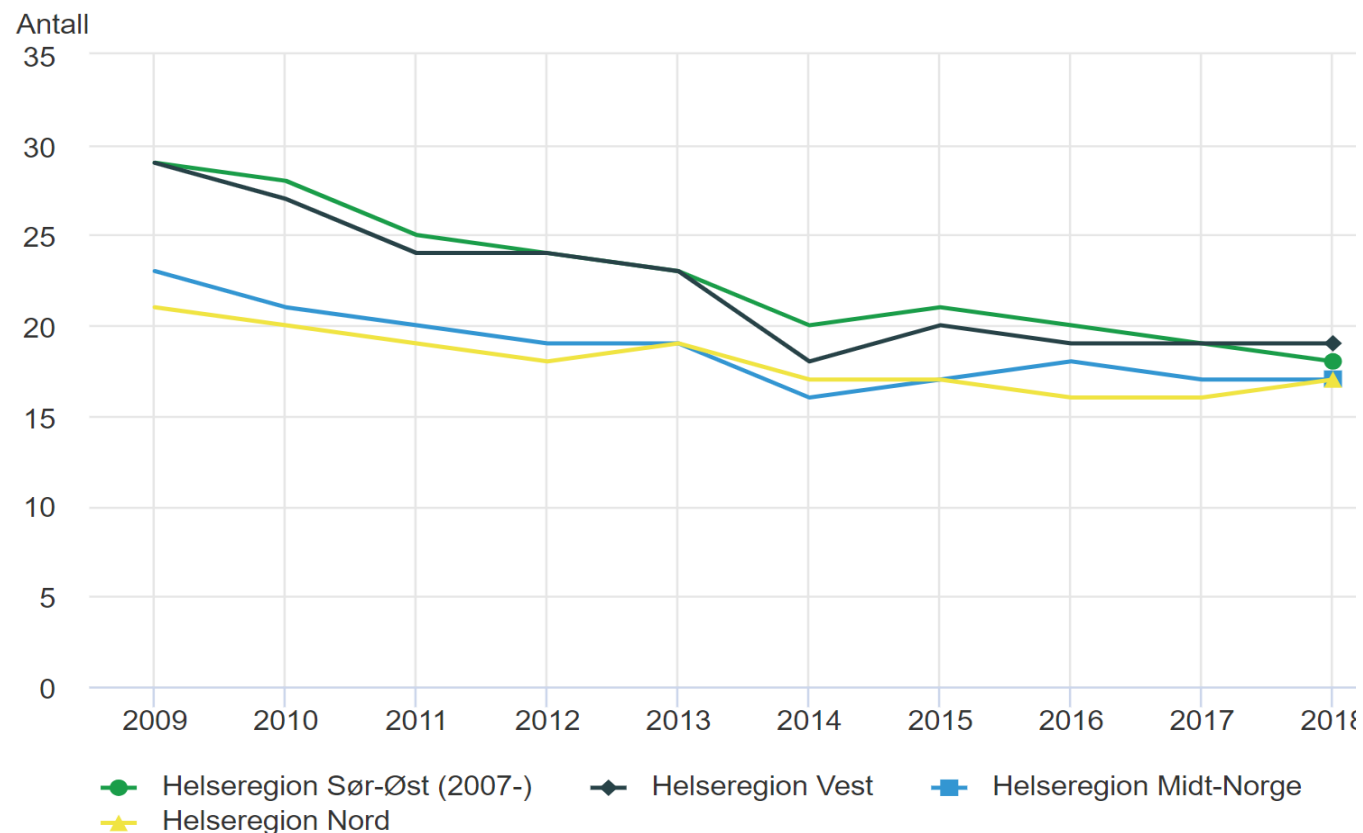


Kilde: Statistisk sentralburo



# Fra 27 til 18 liggedøgn (30% reduksjon)

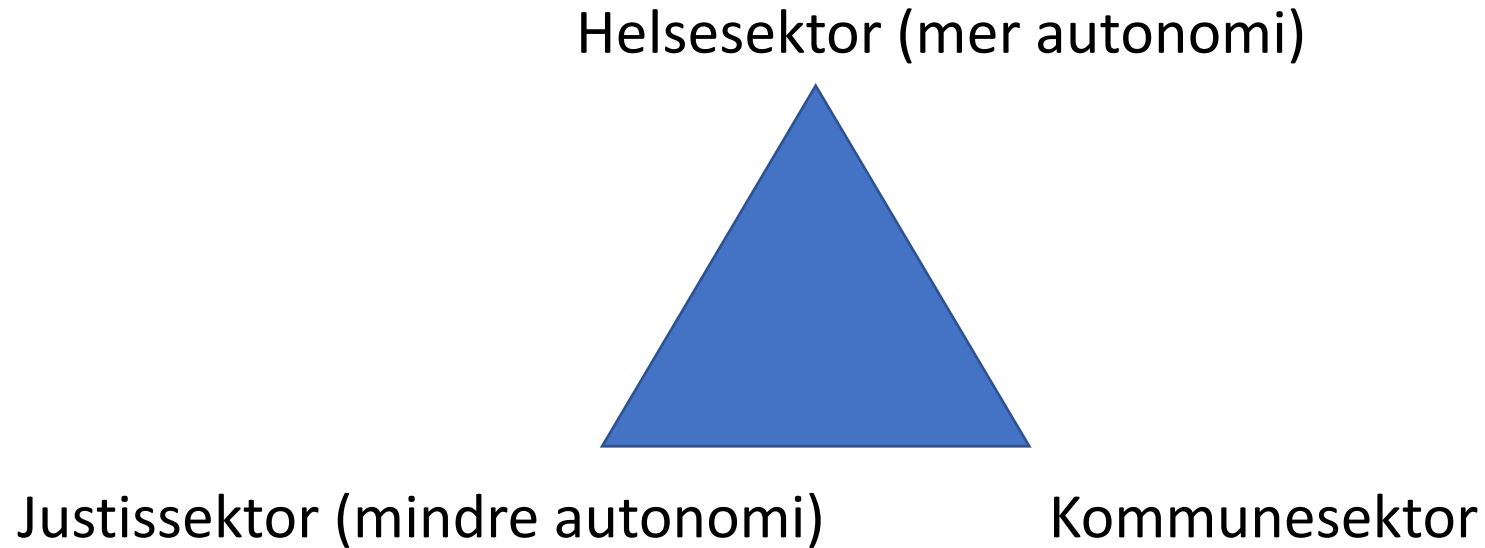
Figur 1. Gjennomsnittlig liggetid i psykisk helsevern, etter helseregion



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

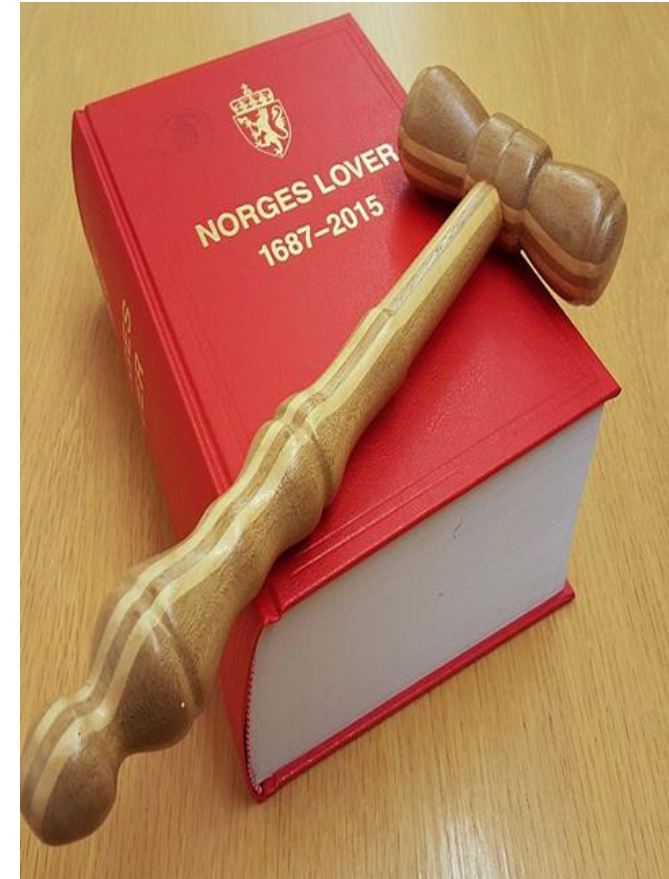
# Trekantdrama – Hvem har ansvaret?

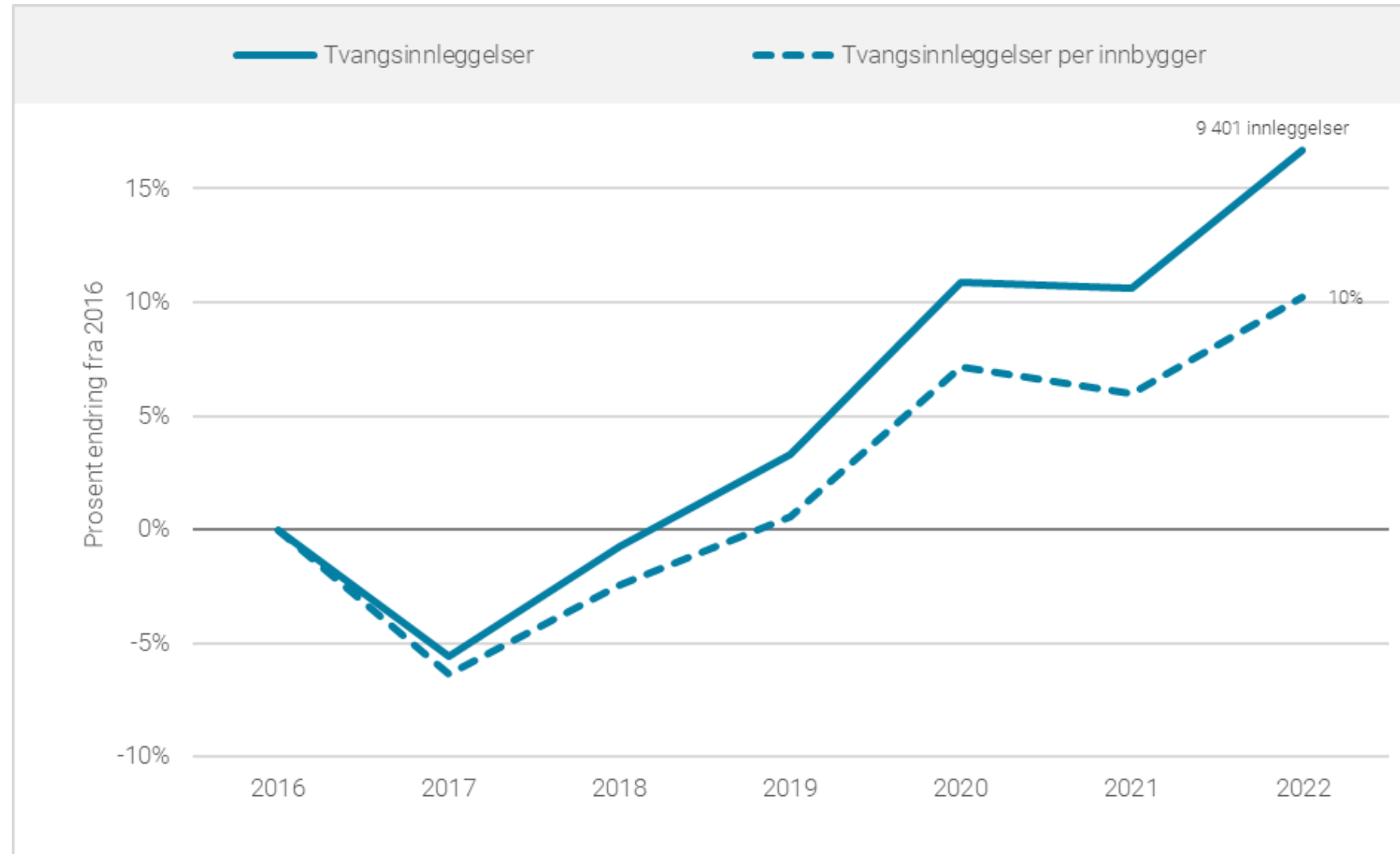
- Ingen overordnet plan (Holst, OUS)



# Lovendring psykiskhelsevernloven i 2017

- Strengere krav til hvem som skal være på tvang
- Samtykkekompetanse: særnorsk høy terskel: «åpenbart manglende»
- Pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett går foran hensynet til pasientens helse
- Konsekvens: De mest syke får i starten kortere innleggelse, for å så bli re innlagt med mye lenger liggetid. «Tvangsbruken har gått opp» (Kjerkol).

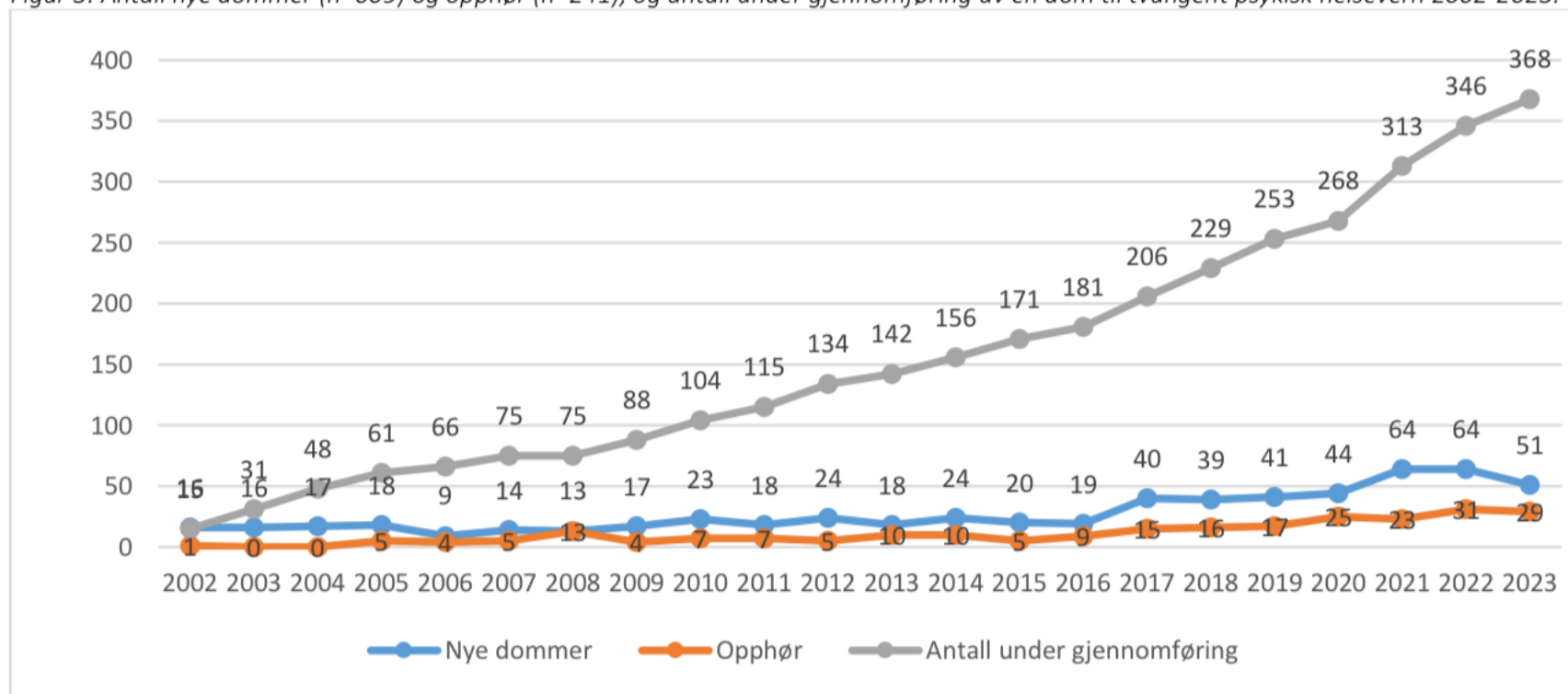






# Nye dommer og opphør på psykisk helsevern

Figur 3: Antall nye dommer (n=609) og opphør (n=241), og antall under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern 2002-2023.





# Disposisjon

- Innkomne spørsmål
- Antipsykotika- varighet av effekt
- Hvordan overprøve om nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse?
- Noe ekstra angående depressiv psykose og rusutløst psykose



## Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern



3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
  - a. får 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
  - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Spm: Forverringskrav «innen nær fremtid»  
(tabl-behandling 2-3 mnd, depotbehandling 3-4 mnd)

- Problem med nye depot antipsykotika. Kan ha effekt i >5 mnd etter siste injeksjon hvis steady state før seponering (f.eks Xeplion, ZypAdhera), selv om serumkonsentrasjon faller
- Rettspraksis/lovgivning ikke i samsvar med nye preparaters virketid
- Definert varighetskrav burde vært oppdatert avhengig av depotpreparat
- Obs fare for andre: alvorlig og nærliggende (ikke tidskrav). Ekstra obs hvis fare for barn

# Spm: Behandlingsvilkåret; Hvordan vurdere vesentlig bedring/hindre vesentlig forverring

- Vanskeligst hos nysyke. Da lene oss til forskning og klinisk erfaring.  
Eks: Prognose best hvis kort varighet av ubehandlet psykose. Redusere tid i psykose (også ved mani).
- Hos langtidssyke: Kjenner bedre både til effekt av behandling, og hva skjer ved opphør av behandling
- «Vesentlig» er et skjønnsspørsmål. Individuelt hva dette betyr for livskvalitet, sosial funksjon, lidelsestrykk og f.eks fare for seg selv/andre

# Spm: Cisordinol acutard

Medisinvedtak §4-4a som hjemler depotbehandling - men som også inkluderer behandling med korttidsvirkende (Cisordinol Acutard, til bruk "ved behov ved økende uro"): lovlighet, unngåelse av vedtak om korttidsvirkende legemidler §4-8c, pasientens rettssikkerhet, faglig vurdering

Innspill:

- Bedre rettssikkerhet å hjemle mest mulig i §4-4a vedtak, kontra §4-8 vedtak akutt
- Samme virkestoff acutard og depot teoretisk bedre enn å kombinere ulike antipsykotika
- Ikke problem med ulike administrasjonsmåter i samme vedtak. Men noe spesielt å gi acutard utenfor institusjon. Må ha tilstrekkelig helsepersonell tilstede (f.eks på sykehjem).

Spm: TUD-medisinerings delegert/utført av kommunehelsetjenesten. Løpende journal/løpende vurdering for vedtaksansvarlig/oppfølgende instans?

- Journalkrav.
- Lokale ordninger: Avtale mellom ettervernspoliklinikker og kommune/fastlegekontor som setter injeksjon. Kommune/fastlege informerer hvis ikke får tak i pasient. Pasienten må da bringes i institusjon for injeksjon, gjerne ved hjelp av politi.
- Ikke vanlig journalføre i sykehusjournal ved hver injeksjon satt
- F.eks i Stavanger: problematisk få kommunen til å sette ZypAdhera, grunnet 3 timers observasjonstid. Settes da i større grad på ettervernspoliklinikk DPS, og da mer systematisert journalføring i sykehusjournal.



# Spm: Medisinvedtak og behandling med flere høydoserte antipsykotika - faglig vurdering?

## **Behandlingsresistent schizofreni:**

Olanzapin, klozapine, risperidon de mest effektive

(Samara et al., 2016)

Hos 20 % av dem som har schizofreni har antipsykotika liten effekt. Vi i dag ikke har noen markører som kan fortelle oss hvem disse er før medikamenter er prøvd

(Røssberg, Andreassen, & Ilner, 2017).

## **Kombinasjonsterapi** lite studert.

Viser bedre resultat enn monoterapi ift diskontinuering. Kan i enkelte kliniske situasjoner være mer effektivt enn monoterapi.

(Correll, Rummel-Kluge, Corves, Kane, & Leucht, 2008)

Noen unntak: legge til aripiprazol (prolaktin, vekt, negative symptomer)

Aripiprazol og Leponex: best undersøkt

(Azorin & Simon. World Psychiatry 2017;16:77–89)

# HDir, utkast revidert kapittel om legemidler (kap. 8.13) i Nasjonal faglig retningslinje, psykoselidelser

Ved behandling med antipsykotika foretrekkes bruk av ett legemiddel (monoterapi).

Unntaksvis vurderes kombinasjonsbehandling hos pasienter med komplekse psykosetilstander dersom pasienten ikke har respondert på monoterapi sammen med andre behandlingstilnærminger.

Ikke-tilfredsstillende effekt kan være knyttet til manglende symptomlindring, bivirkninger eller avveining mellom dem. For å konkludere med ikke-tilfredsstillende effekt, skal tre ulike antipsykotiske legemidler, inkludert klozapin (med mindre særskilte forhold taler imot), ha vært forsøkt som monoterapi.



# Erfaringer med gode kombinasjonsbehandlinger fra sikkerhetspsykiatrien Helse Vest

- ZypAdhera og Xeplion
- ZypAdhera og Cisordinol
- Cisordinol og Leponex
- Aripiprazol og Leponex

Kombinere sterk d2 affinitet (eks Haldol, Risperidol, Abilify, Solian, Cisordinol) med preparat med lav affinitet (for eksempel Seroquel, Zyprexa, Leponex)

# Best antipsykotisk effekt

(Stefan Leucht et al., 2013)

- Leronex
  - Solian
  - Zyprexa  finnes i depot
  - Risperdal 
- 
- Symptomatologi, og bivirkningsprofil gjør at en må ta individuelle vurderinger.
  - Pasienter som ikke har hatt tilfredsstillende behandlingsrespons på minst to forskjellige antipsykotika (hvorav minst ett 2.gen antipsykotika), gitt over tilstrekkelig lang tid og i tilstrekkelige doser, bør tilbys behandling med clozapin (Helsedirektoratet, 2013).

Spm: Kontrollkommisjonens mulighet til å vurdere samtykkekompetanse kun basert på vedtak og ikke fysisk møte med pasienten

- Kompleks vurdering, ikke en øyeblikksvurdering. Må ha kjennskap til symptombylde over tid
- Ville aldri overprøvd psykiater uten å ha klinisk undersøkt pasienten selv
- En del tilstander har et fluktuerende bylde. Affektive psykoser, delir, «rusutløste» psykoser, andre psykoselidelser

# Spm: Alvorlig utagering ved demenslidelse og psykisk utviklingshemming vs bruk av psykisk helsevernloven

- Demens og delir kan sidestilles med alvorlig sinnslidelse. Ofte Tilleggssymptomer som krever innleggelse (psykose, vold, alvorlig depresjon/realitetsbrist)
- Delir der somatisk tiltak er gjort og stabilisering er videre tiltak kan behandling falle innenfor phvl
- Pasienter med demens mangler ofte samtykkekompetanse, men farekriteriet for egen eller andres helse er ofte like relevant da de har sterkt nedsatt evne til å vurdere fare (også fare for andre).
- PUH: I utgangspunktet ikke sidestilt med alvorlig sinnslidelse, men oppfylt hvis tillegg av psykose/mani mm
- §4-8 vedtak (tvangsmidler)- klar indikasjon også ved demens og PUH
- «Pleie og omsorg» en integrert del av behandling både på §2-1.1, §3-2 og §3-3. Behandlingsansvarlig gå i dialog med KK
- Kap 9 Helse-og omsorgstjenesteloven. Hvis vedtak i kommunen, kan vurdere om likelydige vedtak i sykehus bør fattes.

## Spm: Lang saksbehandlingstid hos Statsforvalter ved klage på medisinedtak §4-4a, praktisk tilnærming

- Starte omgående før klage behandling: Hvis tungtveiende medisinske grunner (eks voldsrisiko, fare for alvorlig selvskade/suicid)
- Hvis forverring før/under klagebehandling: Skrive journalnotat, send Statsforvalter, kopi bistandsadvokat. Ikke fatte nytt vedtak.
- Strengt lovkrav for å starte opp (alvorlig helseskade/tungtveiende medisinske grunner)
- Problem med å starte opp før klagebehandling (erfaring): Ved klar antipsykotisk effekt, ser Statsforvalter ikke alvorlig psykopatologi ved klagebehandling

Spm: Farekriteriet "eget liv" vs forskjellige tilstander og samtidig somatisk sykdom (manglende inntak av viktig/livsviktig somatisk medisiner)

- Gråsone da pasienter faller mellom lovverk, og manglende lovhjemler (for syke)
- Hvis stabil medisinerer gjør at pasienten mindre desorganisert og f.eks vrangforestilt og bidra til å ta f.eks hjernemedisin, diabetes: Kan være indikasjon
- Hvis egentlig somatisk tvangsbehandling: Bør ha samtidig §4A vedtak (somatisk helsehjelp). Dette klagebehandles av Statsforvalter, vedtak inntil 1 år varighet, rapport innsendes hver 3.mnd



# Spm: Frivillighet vs samtykkekompetanse hos pasienter underlagt TPH

- Mange kronisk syke (ikke samtykkekompetente) pasienter skuffet over at de ikke kan legge seg inn frivillig
- Svært syke pasienter henvist på §2-1.1 blir sendt ut fra sykehus da ikke samtykkekompetent. Ofte reinnlagt på tvang fra for eksempel legevakt.
- Mange «unødvendige» tvangsvedtak for pasienter som ikke motsetter seg/faktisk ønsker innleggelse (tidskrevende- også for KK)
- Selv om ikke samtykkekompetent, kan de erfare at innleggelse og behandling kan være bra for dem

# Ansvar psykisk helsevern og vold/suicid

- Utredning og behandling av alvorlig psykisk lidelse
- God psykiatrisk behandling vil på gruppenivå forebygge voldstilfeller og suicid
- På individnivå kan verken psykiater eller legemedlem KK predikere suicid eller drap. «Alvorlig eller nærliggende»- svært vanskelig å si. Vi blir tvunget til å mene noe sikkert om noe veldig usikkert.

Hvordan overprøve om nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse?

# Kunnskapsgrunnlag

## Risikofaktorer for vold

- Tidligere kriminalitet
- Rus (jo flere rusmidler, jo høyere risiko. Amfetamin høyest voldspotensiale og nevrotoksisk).
- Personlighetsforstyrrelse (dyssosial)
- (Ubehandlet) alvorlig psykisk lidelse, eks
  - Førstegangpsykose
  - Rusutløst psykose
  - Kroniske psykoselidelser i forverring
  - Bipolare lidelser

OBS threat/control override symptomer, misidentifikasjon, nevrobiologisk svikt (som påvirker impulskontroll, atferdsregulering og konsekvensforståelse)

# Sammenheng psykose og vold

- Odds ratio 20 for drap hos pasienter med psykose sammenliknet med generell befolkning ([Fazel et al., 2009](#)).
- Risiko for ulike typer vold klart forhøyet hos pasienter med schizofreni ([Whiting et al. \(2021\)](#))
- Aggresiv atferd direkte linket til positive psykosesymptomer, økt impulsivitet og rusmisbruk ([Fazel et al., 2009](#); [Volavka and Citrome, 2008](#))
- Seponering antipsykotika: 3x økt risiko for reinnleggelse med aggressiv eller utagerende oppførsel ([Strømme, 2022](#))

# Hvordan konkluderer de fleste grundige voldsrisikovurderinger (f.eks HCR-20)ift behandling/forebygging

Viktighet av

- **Behandling for alvorlig psykisk lidelse**, inkl stabil bruk av antipsykotika hvis psykoselidelse. Håndtering: Tett monitorering serumnivå, samtaleterapi, omsorg
- **Ruskontroll**. Håndtering: Tett monitorering
- **Egen bolig, oversiktlig økonomi, jobb/dagtilbud**. Håndtering: for eksempel sosionom, NAV. Tilstrekkelig oppfølging og veiledning

# Behandlingsprinsipp ved vold, medikamentelle:

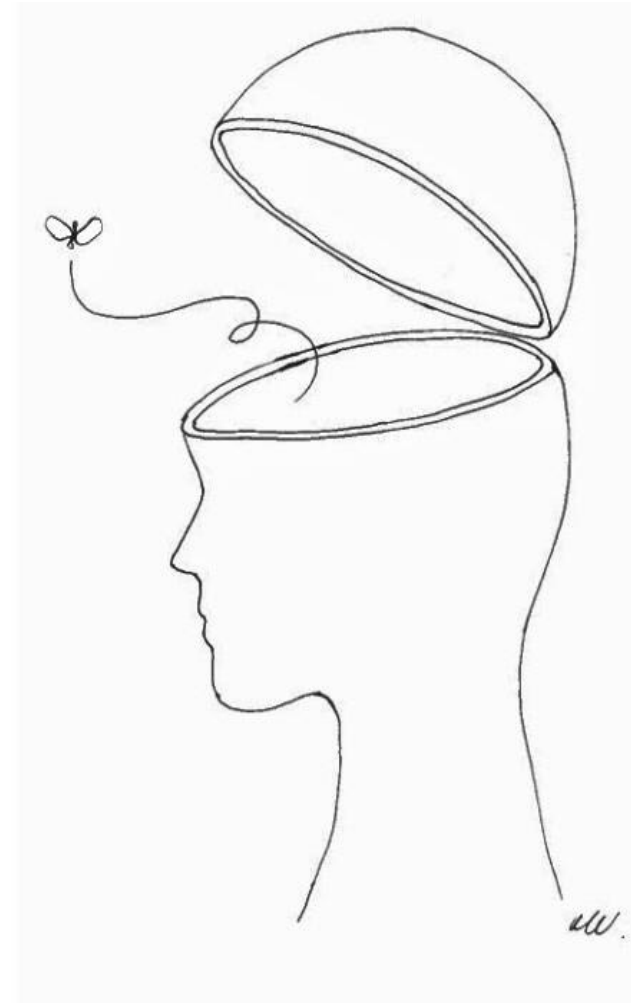
**Behandle grunnlidelse**, inkl antipsykotika og stemningsstabiliserende

Nasjonal veileder, s 74-84  
(Helsedirektoratet, 2013)

Ved agitasjon/aggresjon: Velg preparat med dempende effekt.

Gå over til depotpreparat hvis lav compliance

Symptomdempende behandling akutt for søvn, angst, abstinenser (Orfiril og/eller benzo) osv



# Dilemma i akuttpsykiatrien ift suicidrisiko

>50 % innlegges grunnet suicidalitet

Akuttinnlagte pasienter har høy risiko i sengepost, og rett etter utskrivelse

Ingen evidensbaserte kliniske verktøy til å identifisere akutt suicidrisiko

Diagnostikk uklar/kaotisk: Det er depresjoner, psykoser....+ livskriser komplisert av rusmiddelbruk, abstinens, polyfarmasi, utfordrende atferd, somatiske diagnoser og +++.

(Bolton 2015; Glenn, Nock 2014; Runeson 2017)



# Risikofaktorer

**Psykisk lidelse** hos 90%

Depresjon (jo alvorligere, jo høyere risiko)

Ruslidelser

Psykosespekterlidelser

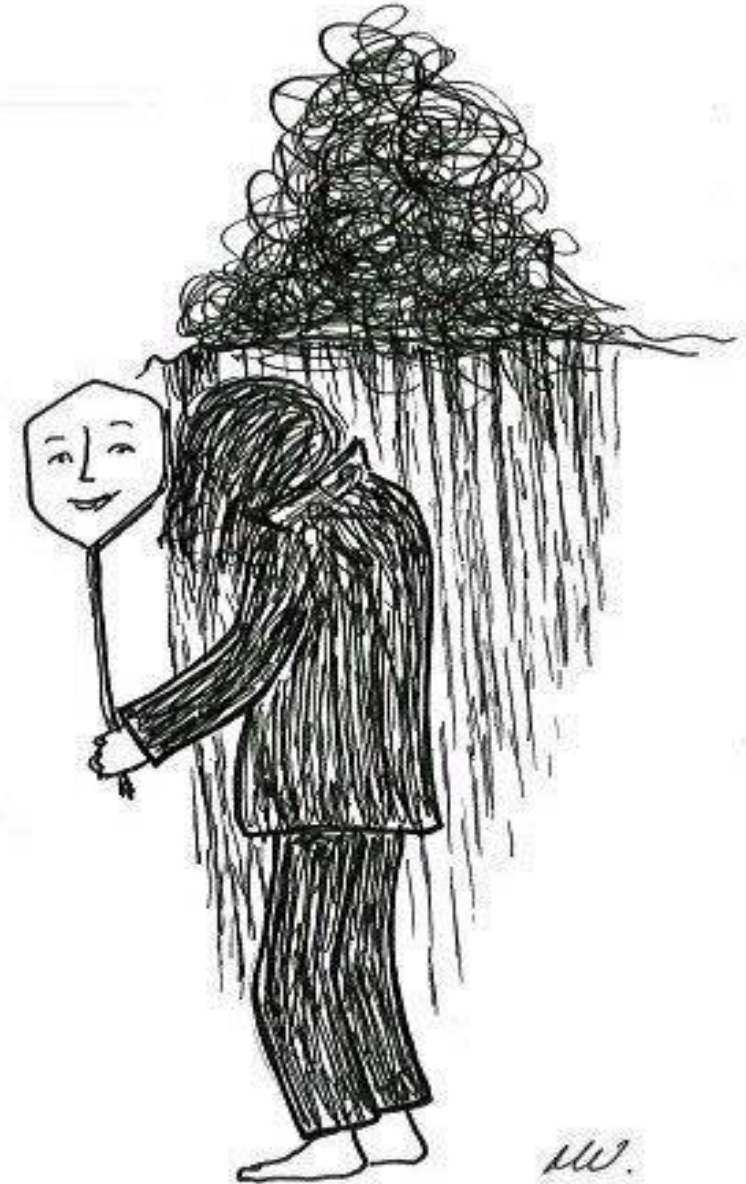
Personlighetsforstyrrelser

**Tidligere/aktuelt innlagt psykiatrisk sykehus**

**Tidligere suicidforsøk**

**Mann**

(Cavanagh 2003; Connor 2014; Franklin 2017; Hjortoj et al 2014; Too et al. 2019; Isometsa 2020, Østergaard 2017)

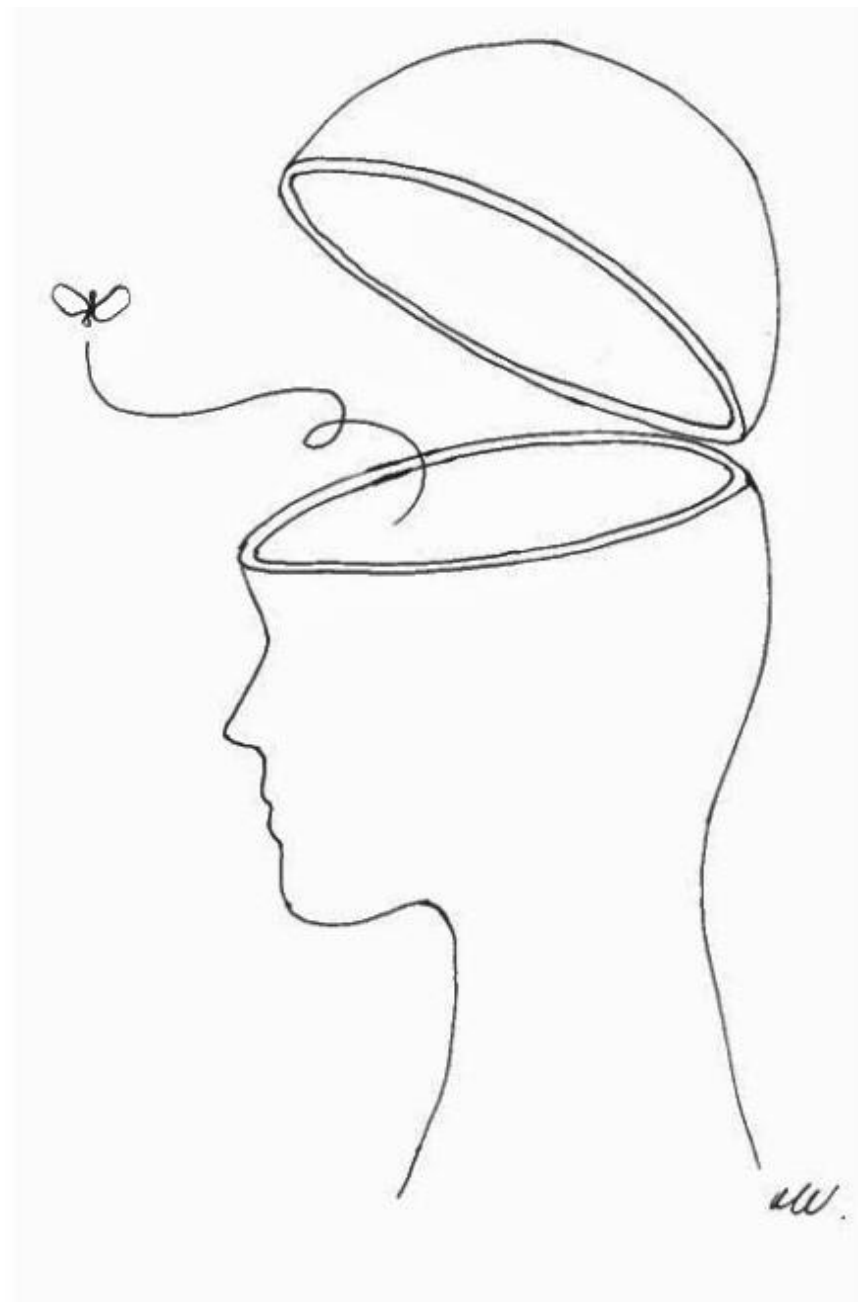


# Hvorfor vet vi så lite om akuttrisiko?

Studieobjektene er døde. Klinisk status rett før død oftest ikke kartlagt.

Suicidale og psykotiske blir ekskludert fra kliniske studier.

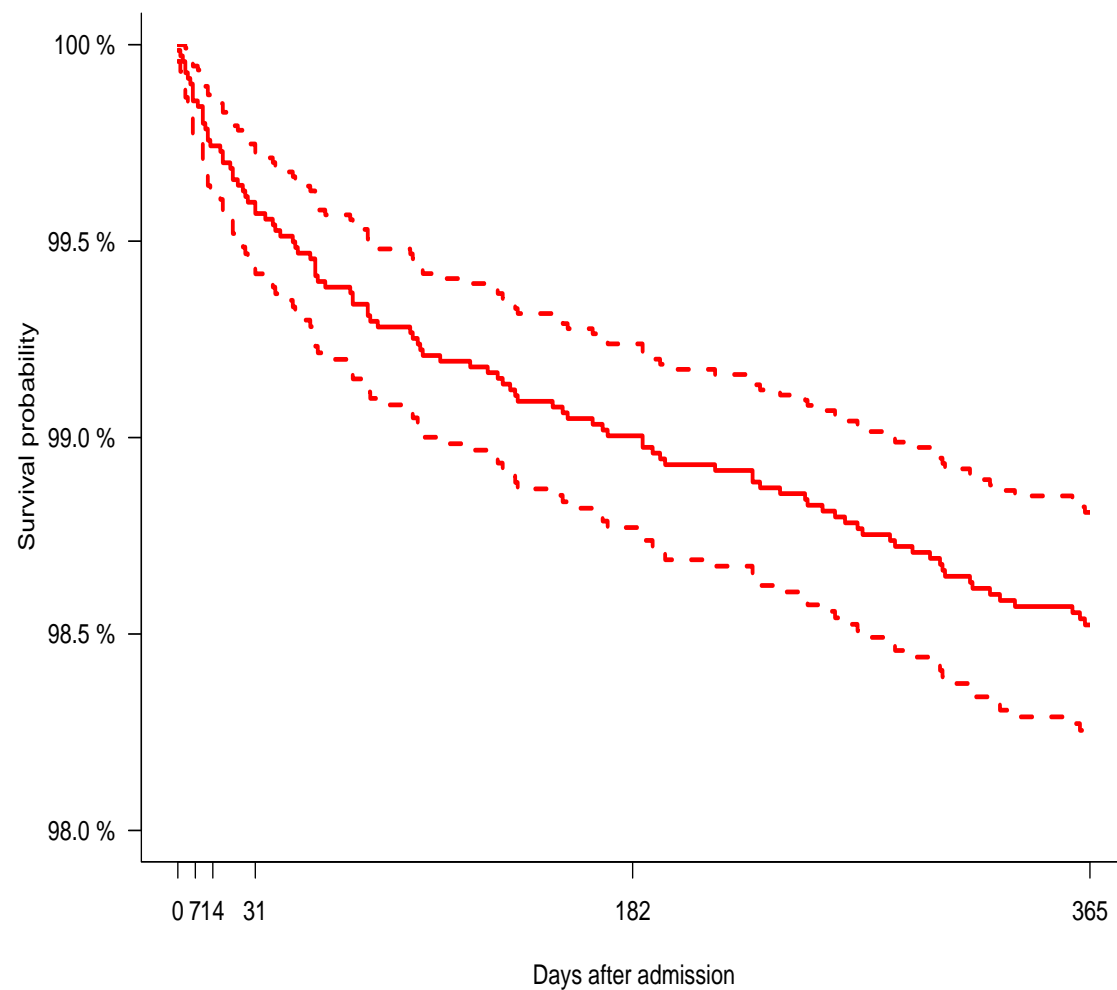
Trenger svært store pasientmaterialer og prospektive studier



Tankeforstyrrelser  
Panikk  
Agitasjon  
Skam  
Rus  
Hallusinasjoner  
Vrangforestillinger  
Æreskrenkelse  
Kaos  
Skyld  
Konflikt  
Impulsivitet  
Angst  
Tunnellsyn  
Depresjon  
Søvnvansker  
Tap

(Bernert 2015; Berman 2018; Britton 2012; Busch 2003; Chung 2019; Fawcett 1990; Galynker 2017; Gvion 2011; Hendin et al 2007; Madsen et al 2016; Pavulans 2012)

Kaplan Meyer  
kurve overlevelse  
fra innleggelse til  
suicid




Stiplede linjer: 95%  
Konfidensintervall

Fredriksen et al, 2022

# Kan vi redde flere liv?

KRONIKK | PSYKIATRI /

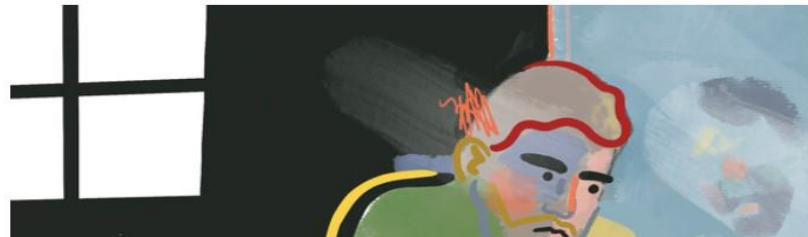
ENGLISH

Publisert: 18. mai 2020 



*Ewa Ness, Jon Ragnar Skotte, Tore Buer  
Christensen, Jan Fredrik Andresen  
[Om forfatterne](#)*

Psykotisk depresjon representerer en betydelig risiko for selvmord. Vår gjennomgang av varsler etter selvmord viser at symptomer på psykotisk depresjon ofte beskrives, men er blitt oppfattet som noe annet. Det er avgjørende at denne potensielt livstruende tilstanden oppdages og behandles.



# Diagnostikk

- Alvorlige depresjonssymptomer (stemningsleie ned, nedsatt interesse og glede, funksjonsfall mm)
- Psykotiske vrangforestillinger
  - Helse (alvorlig syk). Eks: innbilt dødelig sykdom, tarmene råtner
  - Økonomi (ruinert) Eks: Vi går konkurs og havner på gaten
  - Moral (fortjener straff) Eks: Skulle heller vært i fengsel
  - Inkompetent (ikke noe verdt) Eks: Kommer til å miste jobben
  - Forhold til andre (eks: forfølgelsesforestillinger, være forlatt)
- Hallusinasjoner
  - Vanligvis hørsel Eks nedsettende innhold, oppforde til suicid  
Men også visuelle, lukt og taktile
- Psykomotiske forstyrrelser (agitasjon, retardasjon)
- Alvorlig angst, insomni
- Kognitive forstyrrelser

# Diagnostikk

Pårørende- ofte flinkere enn helsepersonell akutt:

- subtile symptomer- svingende forløp av psykose
- kan avgjøre om vrangforestillinger
- funksjonsfall
- personlighetsendring

Pasienten: Paranoid, underrapporterer, full av skam og skyld, ikke sykdomsinnsikt, impulsive, panikkangst

# Innleggelser på §3-2/§3-3?

## Alvorlig sinnslidelse

-> kan anses oppfylt

## Samtykkekompetanse

-> Fluktuerende tilstand, der periodevis psykotisk og ikke kan anerkjenne egne behandlingsbehov

## Farekriterie; eget liv

-> oppfylt på gruppenivå

PHVL: «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert»

->Tilstede. Evidensbasert god behandlingseffekt.

## Helhetsvurdering

-> Stort funksjonsfall og høyt lidelsestrykk. Tidligere intervensjon ofte ikke effekt

Klart beste løsning.



# Kan pasientens selvrapporing vektlegges?

Rapporterte selvmordstanker/planer er en måte å kommunisere tanker og følelser på for en stor heterogen pasientgruppe

Impulsivitet: For mer enn 50 % av pasientene < 10 minutter fra bestemmelse til handling!

78% meddeler ikke selvmordstanker før død i psykiatrisk sengepost

Pasienter ofre for uholdbar indre smerte, fortvilelse, angst, agitasjon, desperasjon... og tenker ikke rasjonelt

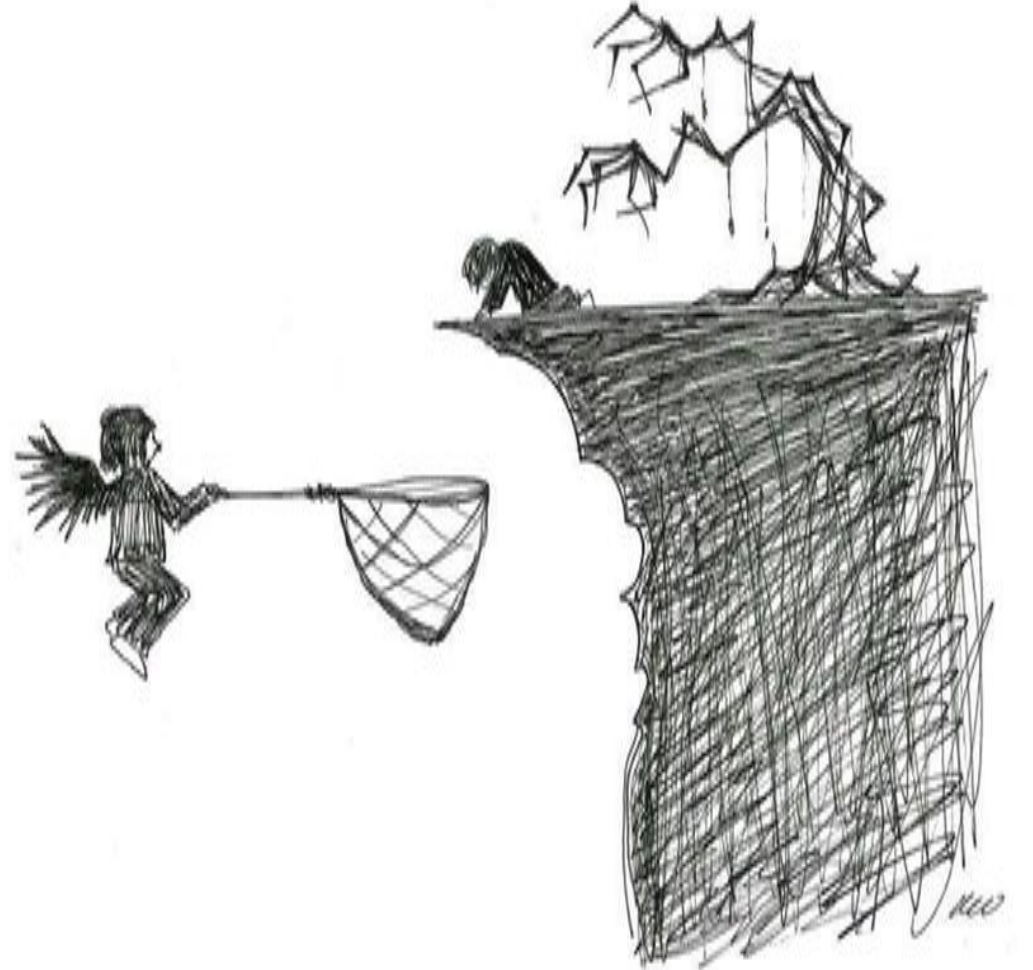
*Gvion (2011) Archives of Suicide Research; Oquendo et al. (2004) American Journal of Psychiatry; Deisenhammer et al. (2009) J Clin Psychiatry; Busch (2003) Journal of Clinical Psychiatry; Madsen, T et al. (2017) Int J Environ Res Public Health; Fredriksen et al. (2017) Psychiatry*

# Implikasjoner for KK og psykisk helsevern

Klinisk tilstand viktigst: Psykose og intensive affektive tilstander øker suicidrisiko på kort og lang sikt

Selvrapporterte selvmordstanker/ planer ikke et godt mål på suicidrisiko akutt

Selvmordsforebygging: Diagnostisere og behandle alvorlig depresjon



# Akutt selvmordsforebygging-medisiner

**Benzo** (mot angst, agitasjon, uro, abstinenser, indusere søvn)

**Antiepileptika** (Stemningsstabiliserende, mot depresjon, agitasjon, forebygge aggresjon)

**Antipsykotika** (induserer søvn, reduserer agitasjon, antipsykotisk effekt)

**Leponex og Lithinonit best evidens (men starter ikke akutt)**

~~Antidepressiva~~ (ingen akutteffekt, agitasjon og suicidfare hos noen ↑↑)



# Take home message for KK

OBS vsuicidrisiko ed

- alvorlige depresjonssymptomer med skyld, skam, psykose
- alvorlig angst/panikk/agitasjon
- insomni
- rus- samtidig med psykose og depresjon

Selvrapporterte selvmordstanker/ planer ikke et godt mål på suicidrisiko  
akutt

# ”Rusutløst psykose” ..... Et godt begrep?

- Diagnose som slutter om årsak
- Inntreffer under eller umiddelbart etter substansbruk (<48t etter inntak). Symptomene forsvinner delvis innen 1 måned, fullstendig innen 6 måneder (ICD-10)
- Mange går over til SCZ
- Dårligere oppfølging en FEP
- Juridiske implikasjoner
- Førstegangpsykose hos rusmiddelbrukere?

## Rusutløst psykose – en problematisk diagnose

KRONIKK

JØRGEN G. BRAMNESS

jobr@fhi.no

Jørgen G. Bramness er dr.med., spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) ved Sykehuset Innlandet og professor ved UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ASLAK SYSE

Aslak Syse er lege, jurist og professor emeritus ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELINE BORGER ROGNLI

Eline Borger Rognli er ph.d., spesialist i klinisk psykologi og forsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk) ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvert år legges over 500 pasienter inn på norske sykehus med diagnosen rusutløst psykose. Men rusmiddelbruk er bare én av flere bidragende faktorer til at disse pasientene blir psykotiske, og mange får senere en schizofrenidiagnose.

Rusutløst psykose er en psykotisk lidelse som oppstår under eller relativt umiddelbart etter inntak av et rusmiddel, og som gir hallusinasjoner, vrangforestillinger og psykomotoriske forstyrrelser. I akuttfasen er rusutløst psykose og schizofreni ikke mulige å skille fra hverandre (1). Det som skiller, er imidlertid tidsaspektet. Rusutløst psykose går relativt raskt tilbake ved avholdenhet, slik det reflekteres i de diagnostiske kriteriene. Ifølge ICD-10 bør symptomene dempes betydelig innen én måned og helt innen seks måneder (2). Ifølge DSM-5 bør diagnosen unngås om psykosen varer «en betydelig tid, for eksempel over én måned» (3). Vi mener at en diagnose som konkluderer om lidelsens årsak, blir feil og er en utdatert måte å stille diagnoser på. Lidelsen burde heller plasseres sammen med de andre psykoselidelsene. Det gir også uheldige juridiske konsekvenser å se på dette som en rusmiddellidelse.

Tusen takk for oppmerksomheten!