
Ø. Ekeberg svarer

KOMMENTAR

ØIVIND EKEBERG

oeekeber@online.no

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

Fredheim og Magelssen mener at jeg ikke anerkjenner tvangstiltak som et etisk dilemma. Det er uklart hvor de har dette fra. Selvsagt er slike tiltak forbundet med faglige, etiske og juridiske dilemmaer.

De hevder også at mitt innlegg ikke «viser spor av innsikt» om at tvangstiltak kan påføre skade. Jeg er klar over at mange har opplevd bruk av tvang som traumatisk og krenkende. Min erfaring etter å ha innlagt flere hundre pasienter med tvang, er at de fleste både har akseptert at det har vært nødvendig og ofte opplevd det som ivaretagende. Ved tvangstiltak er det viktig å formidle hvorfor man gjør det og at hensikten er å ivareta pasienten for å hindre selvmord eller alvorlig skade.

Forfatterne hevder også at tvangsinnleggelse kan frarøve pasienter spesialisert palliativ behandling. Det er vanskelig å forstå hvorfor en tvangsinnlagt pasient ikke skulle kunne få slik behandling. Hvis den ikke kan gjennomføres i psykiatrisk avdeling, er det mulig med tvangsinnleggelse i somatisk avdeling når dette er eneste mulighet for å få gjennomført livsviktig somatisk behandling.

Forfatterne anga i kasuistikk 1 at det var mulig for pasienten å bli lagt inn i en palliativ sengepost neste dag (1). Jeg skrev ikke at pasienten skulle tvangsinnlegges. Det burde være mulig å legge inn pasienten akutt også i en somatisk avdeling ved en livstruende tilstand der han var ute av stand til å ta vare på seg selv. Forfatterne tok ikke stilling til hva legen skulle gjort hvis pasienten hadde tatt frem tauet og sagt at han ville ta livet sitt når legen hadde gått. De hevder også at kriteriet for tvangsinnleggelse ikke var oppfylt. Graden av selvmordsfare og øvrige psykiske symptomer er imidlertid ikke tilstrekkelig beskrevet til å vurdere dette.

Det er flere tilfeller der hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, slik som alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Det er art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt (2).

Ved alvorlig selvmordsfare er det ofte grunnlag for å legge inn pasienten til tvungen observasjon i henhold til § 3.2 i Psykisk helsevernloven. Denne gir anledning til å observere pasienten i inntil ti dager for å avklare om det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Man kan ikke vente at en legevakslelege skal finne ut dette i løpet av en enkelt konsultasjon. Derfor vil det ofte være velbegrunnet at legen legger pasienten inn til tvungen observasjon når det foreligger alvorlig selvmordsfare.

Forfatterne mener at jeg misforstår når jeg skriver at en pasient som har behov for opioidantagonister ikke er samtykkekompetent. Mener de at man skal la en pasient med en potensielt dødelig opioidforgiftning skrive seg ut fra en intensivmedisinsk avdeling etter å ha våknet av antidot, hvis det var stor risiko for død kort tid etter utskrivning når antagonisten var utskilt? De fleste akuttmedisinere krever en mer stabil tilstand etter gjennomgått forgiftningsbehandling før man konkluderte med at pasienten var samtykkekompetent.

LITTERATUR

1. Fredheim OMS, Magelssen M. Ethiske dilemmaer ved suicidalitet hos pasienter med kort forventet levetid. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0157. [PubMed][CrossRef]
2. Psykisk helsevernloven med kommentarer. § 3-3: Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helsedirektoratet.

Publisert: 13. januar 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0798

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.