
Ny tvangslov umyndiggjør kommunehelsetjenesten

DEBATT

TORGEIR FJERMESTAD

torgeirf@online.no

Torgeir Fjermestad er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, fastlege ved Ranheim legesenter og overlege i Trondheim kommune. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Demensomsorg er i hovedsak et kommunalt ansvar. I nytt forslag til tvangslov får ikke lenger kommunehelsetjenesten selv bestemme medisinerings av pasienter med demens.

Det er bra at Tidsskriftet i utgave 17/2021 har satt forslaget til ny tvangslov på lederplass (1). Det er et problem i seg selv at lovutkastet er så omfattende at det er vanskelig å gå i detaljer på alle områder. Legeforeningens høringsuttalelse er på tolv A4-sider (2). Selv i en så lang uttalelse berøres ikke alle konsekvenser av de mange foreslåtte endringene. Tidligere er det fra kommunehelsetjenesten uttrykt stor skepsis til lovforslaget (3).

«Man må først rådføre seg med en psykiater, som sannsynligvis ikke har sett en kommunal institusjon fra innsiden siden turnustjenesten»

Fra kommunehelsetjenestens ståsted vil jeg påpeke et forhold som kan karakteriseres som skandaløst dersom det gjennomføres. Det gjelder bruk av antipsykotiske legemiddel, der det nye forslaget umyndiggjør kommunal helsetjeneste. Dagens retningslinjer er fornuftige og sier at behandlende lege skal rådføre seg med annet helsepersonell før oppstart av behandling. Her menes ved sykehjem ansvarlig sykepleier, som kjenner pasienten godt (4). I det nye lovforslaget foreslås det at «den vedtaksansvarlige [...] må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken» (5). Nå skal altså ikke behandlingsteamet på den kommunale institusjonen lenger få

bestemme nødvendig medisinerings alene. Man må først rådføre seg med en psykiater, som sannsynligvis ikke har sett en kommunal institusjon fra innsiden siden turnustjenesten, og som heller ikke har erfaring med vanlig demensomsorg i kommunene.

Kommunal demensomsorg

I dag er det aller meste av demensbehandling et kommunalt anliggende. Bare i tilfeller med atypisk symptomatologi, diagnostisering av yngre demenssyke eller spesielt utfordrende problematikk er spesialisthelsetjenesten en kort periode koplet på. Folkehelse rapporten fra 2021 angir at i overkant av 80 % av de ca. 40 000 beboerne ved sykehjem i Norge har demens (6). I større kommuner og byer er legebemanningen ved sykehjem som følge av samhandlingsreformen betraktelig styrket de siste årene, og mange leger har store stillingsandeler eller hele stillinger. En del sykehjemsleger er også godkjent i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. En betydelig del av kommunal demensomsorg er organisert i egne avdelinger der personellet har høy kompetanse.

I den kommunale behandlingen av «hverdagsdemens» har også antipsykotika sin plass. Mange pasienter med demenssykdom har hallusinasjoner og paranoide forestillinger, og små doser antipsykotika kan ha god effekt mot slike symptomer. I en registrering av alle de 1 300 sykehjemspasientene i Trondheim i 2020 var forbruket av antipsykotika på 5,7 definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn (A.G. Hageler, personlig meddelelse). For det mest brukte preparatet, risperidon, tilsvarer én definert døgndose 5 mg. Ved behandling av pasienter med demens brukes ofte langt lavere doser, og i de fleste tilfeller under 1,5 mg. Dette innebærer at 15–20 % av pasientene ved sykehjemmene i Trondheim blir behandlet med antipsykotika. Overført til landsbasis betyr det at omkring 6 000–8 000 pasienter ved kommunale institusjoner mottar behandling med antipsykotiske legemidler.

Umyndiggjøring av kompetanse

En sykehjemslege på en demensavdeling i en kommunal institusjon har jevnt over mer erfaring med behandling av demenssykes psykiske og adferdsmessige symptomer enn de fleste psykiatere, med unntak av de som jobber på alderspsykiatriske avdelinger. Men selv legene ved alderspsykiatriske avdelinger ser ikke mye til den gjennomsnittlige demenspasient, fordi det store flertallet av pasientene aldri er innom spesialisthelsetjenesten. Kommunene opplever at det i dag er svært vanskelig å få lagt inn demente pasienter i spesialisthelsetjenesten, og begrunnelsen er at disse må håndteres i primærhelsetjenesten. De fleste psykiatere i spesialisthelsetjenesten har derfor begrenset erfaring med demensbehandling. At kommunale leger ved

behandling av enkeltpasienter med antipsykotika nå skal måtte la seg veilede av leger i spesialisthelsetjenesten med mindre erfaring innen demens, blir en direkte feil måte å organisere omsorgen på.

«De fleste psykiatere i spesialisthelsetjenesten har begrenset erfaring med demensbehandling»

I det nye forslaget er det ikke engang nevnt at psykiateren skal være tilknyttet en alderspsykiatrisk avdeling. Mener virkelig forslagsstillerne at en hvilken som helst psykiater i spesialisthelsetjenesten har høyere kompetanse på behandling av demenssykdom enn fagfolk som jobber med dette på heltid i kommunen? En kan spørre seg om forslagsstillerne er orientert om utviklingen og kompetanseoppbyggingen som har skjedd i kommunene de siste årene. Forslaget bærer preg av en ovenfra og ned-holdning til primærhelsetjenesten, slik vi som begynte vår karriere i 1980-årene, husker noe av. Men vi trodde ærlig talt vi hadde kommet lenger i 2021.

Våre politikere har siden samhandlingsreformen vært enige om å bygge kompetanse i kommunene, og vår nye helseminister Ingvild Kjerkol har allerede understreket at dette skal prioriteres enda høyere. På bakgrunn av dette håper jeg politikere stopper de delene av lovutkastet der både uvitenhet om kompetanse og umyndiggjørende holdninger til oss i primærhelsetjenesten skinner gjennom.

LITTERATUR

1. Fixdal T, Aulie H. Tvang kan være god omsorg. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0774. [PubMed][CrossRef]
2. Den norske legeforening. Høring: Oppfølging av forslagene fra tvangslovutvalget. Brev 5.11.2021. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3cbcod40c3514303a1b07a23944a9b16/hoering-oppfolging-av-forslagene-til-tvangslovutvalget.pdf> Lest 17.1.2022.
3. Innerdal C, Folgerø T, Sundar T. Et vådeskudd som rammer alvorlig syke pasienter. Dagens medisin 22.11.2021. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/22/et-vadeskudd-som-rammer-pasienten/> Lest 17.1.2022.
4. Helsedirektoratet. Kapittel 16. Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). I: Demens. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd>
5. NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. §6-4 4. ledd, side 759. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/?ch=1>

6. Strand BH, Vollrath ME, Skirbekk VF. Demens. Folkehelserapporten [oppdatert 23.2.2021]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> Lest 17.1.2022.

Publisert: 27. januar 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0900

Mottatt 18.12.2021, første revisjon innsendt 12.1.2022, godkjent 17.1.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. februar 2026.