

# Tvangsindlæggelse

Afdelingslæge Jeanett Bauer & overlæge Anders Fink-Jensen

Rigshospitalet, Psykiatrisk Center

I bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien («psykiatriloven») § 5, udstikkes de juridiske rammer for tvangsindlæggelse [1]. En patient, der modsætter sig indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, kan indlægges mod sin vilje, hvis følgende forudsætninger er opfyldt: Patienten er sindssyg (psykotisk) eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling fordi: 1) Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet («helbredsindikation» («gule papirer»)), eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre («fareindikation» («røde papirer»)).

Såfremt en sindssyg person ikke selv søger behandling, skal pågældendes nærmeste tilkalde en læge. Hvis de eller andre ikke tilkalder en læge, skal politiet gøre dette [2]. Tvangsindlæggelse gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som er baseret på lægens egen undersøgelse af patienten. Tvangsindlæggelsen må ikke finde sted på en afdeling, hvor lægen selv er ansat, og lægen må ikke være inhabil [1, 3].

## Forberedelse af patienten

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken til indlæggelse. Patienten skal have en efter forholdene passende betænkningstid, og lægen skal, inden frihedsberøvelsen iværksættes, informere patienten om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål [1, 4]. Informationen skal ifølge loven være såvel mundtlig som skriftlig. Det kan dog ofte i praksis være vanskeligt at informere skriftligt.

## Psykosebegrebet

Som det fremgår af ovenstående, er en forståelse af psykosebegrebet af helt afgørende betydning for at gennemføre en korrekt tvangsindlæggelse. Der eksisterer ikke en klar og entydig definition på, hvornår en patient må opfattes som psykotisk. Det essentielle i psykosebegrebet er en ændring eller forvrængning af personens virkelighedsoplevelse, altså et realitetstab [5]. De klartest identificerbare psykotiske symptomer er hallucinationer (sansindtryk uden sansepåvirkning) og vrangforestillinger (ukorrekte, ukorrigerbare, private forestillinger, der for eksempel kan have karakter af forfølgelsesvrangforestillinger, storhedsvrangforestillinger, somatiske vrangforestillinger eller selvforringende vrangforestillinger).

Andre psykotiske symptomer kan f.eks. være svære forskydninger i stemningsleje, udtalte formelle tankeforstyrrelser, bizar adfærd og grov selvforsømmelse. Det kan være vanskeligt at beskrive psykotiske symptomer, hvis disse ikke er meget åbenlyse og for eksempel omfatter hallucinationer eller vrangforestillinger. Det er derfor nødvendigt at vurdere patienten meget grundigt. I vurderingen må ofte medtages anamnesticke oplysninger om psykotisk adfærd og patientens reaktion ved konfrontation med disse oplysninger. Dissimulering i forbindelse med lægeundersøgelsen kan forekomme, og anamnesticke oplysninger om psykotisk adfærd kombineret med en garderet og mistroisk holdning eller en fuldstændig afvisning af kontakt har stor betydning for den samlede vurdering af, om patienten er psykotisk. Psykotiske tilstande forekommer hyppigst ved skizofreni, skizofreniforme lidelser og affektiv sygdom.

Tilstande, der kan sidestilles med psykose, er f.eks. voldsom affekt eller stærk påvirkning af alkohol eller andre psykoaktive stoffer. Visse typer af adfærd kan både ses ved psykotiske tilstande eller ved tilstande, der kan sidestillet hermed. F.eks. kan selvmordsadfærd opserveres ved en depressiv tilstand med psykotiske symptomer eller ses som led i en svær affektspændt tilstand, der kan sidestillet med psykose.

## Procedure

Ved tvangsindlæggelse på fareindikation («røde papirer») skal den lægelige vurdering være gennemført inden for de seneste 24 timer før indlæggelsen. Ved tvangsindlæggelse på helbredsindikation («gule papirer») skal lægens undersøgelse være foretaget inden for de seneste syv dage forud for indlæggelsen.

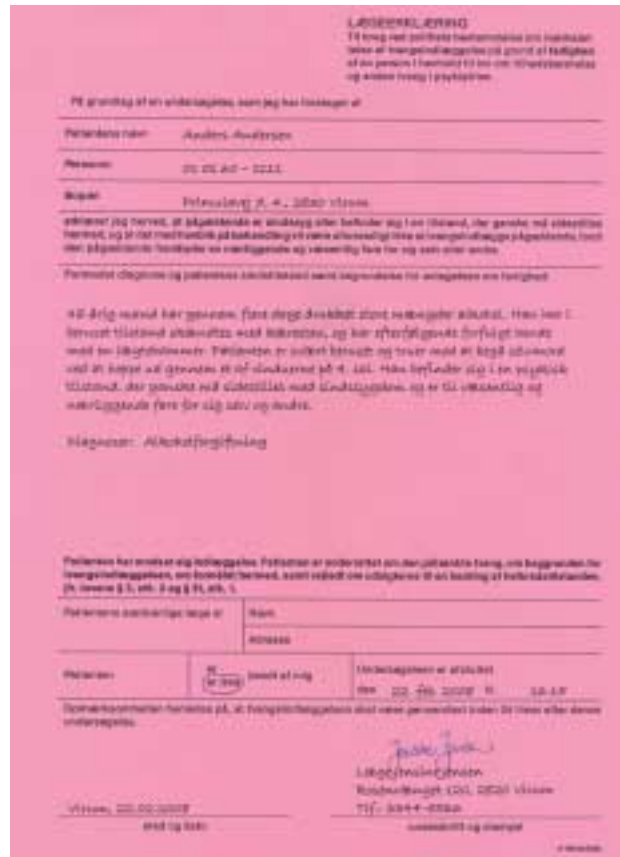
## »Røde papirer«

»Røde papirer« udfærdiges oftest i situationer, hvor politiet er tilkaldt f.eks. i forbindelse med husspektakler, trusler om vold eller selvmord. Den indlæggende læge vil derfor hyppigt være en vagtlæge, en psykiatrisk udrykningslæge eller en vagthavende fra en anden afdeling, der tilkaldes til psykiatrisk skadestue. Lægen foretager gennem en samtale med patienten en undersøgelse af dennes psykiske tilstand. Såfremt psykiatrilovens § 5, stk. 2 vurderes at være opfyldt, søges patienten motiveret for frivillig indlæggelse. Er dette ikke muligt, informeres den pågældende om, at lægen vil udfærdige en erklæring («røde papirer») med henblik på tvangsindlæggelse. Politiet tilkaldes, hvis de ikke allerede er til stede. Politiet kontakter den vagthavende politifuldmægtig, der skal godkende papirerne, inden patienten kan indlægges. En overlæge skal ligeledes godkende indlæggelsen, evt. efterfølgende, hvis indlæggelsen foregår i vagten. Det er herefter politiets opgave at ledsage patienten til den afdeling, hvor vedkommende skal indlægges.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISKE PROCEDURER



»Gul lægeerklæring«.



»Rød lægeerklæring«.

Den indlæggende læge skal blive hos patienten til vedkommende forlader undersøgelsesstedet sammen med politiet.

»Gule papirer«

»Gule papirer« udfærdiges ofte af patientens alment praktiserende læge. Vurderer lægen, at psykiatrilovens § 5, stk. 1 er opfyldt, søges patienten motiveret for frivillig indlæggelse. Er dette ikke muligt, informeres den pågældende om, at lægen vil udfærdige en erklæring (»gule papirer«) med henblik på tvangsindlæggelse.

Lægeerklæringen sendes/afleveres til politiet, der efter politimyndighedens godkendelse videresender erklæringen til en psykiatrisk afdeling med anmodning om, at patienten modtages. Overlægen på den pågældende psykiatriske afdeling skal godkende tvangsindlæggelsepapirerne, før patienten kan modtages. I overlægens fravær kan afgørelsen træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling [2]. Det er herefter politiets opgave at afhente patienten og transportere vedkommende til den modtagende afdeling. »Gule papirer« kan effektueres umiddelbart, hvis patienten f.eks. befinder sig på en psykiatrisk skadestue. Den indlæggende læge skal så vidt muligt være til stede, når patienten afhentes af politiet [2]. Politiet underretter lægen om tidspunktet for gennemførelse af tvangsindlæggelsen.

Lægeerklæring

Det er vigtigt, at lægeerklæringen er skrevet med omhu og kan forstås af personer uden lægefaglig baggrund. Fagudtryk bør derfor undgås eller kun fremgå i parentes, f.eks. »patienten er åbenlyst sindssyg (psykotisk)«. Det bør detaljeret fremgå, hvilke psykotiske symptomer – eller symptomer på en tilstand, der ganske må ligestilles hermed – patienten frembyder, f.eks. »patienten hører stemmer (hallucinationer) og føler sig efterstræbt på livet af efterretningsvæsnet (persekutoriske vrangforestillinger)«. Det er desuden hensigtsmæssigt at lade erklæringen udmunde i en konklusion, der omfatter lovens ord (»patienten findes således sindssyg, og det vil være uforvarsligt ikke at tvangsindlægge vedkommende da: 1) udsigten til helbredelse eller bedring i så fald forringes, eller 2) vedkommende er til nærliggende og væsentlig fare for sig selv/andre«). Af hensyn til de gældende tidsfrister skal lægen notere data og tidspunkt for afslutningen af undersøgelsen.

Blanketter til lægeerklæringen findes i en fortrykt standardudgave (»røde« og »gule« papirer).

Tvangsindlæggelse på en psykiatrisk afdeling af en patient indlagt på somatisk afdeling (»dobbeltindlæggelse«)

Tvangsindlæggelse af patienter, der allerede er indlagt på en somatisk afdeling (»dobbeltindlæggelse«), kan til tider blive

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

nødvendig. En patient, der opfylder kriterierne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af legemlig lidelse, kan ifølge psykiatrilovens § 13 tvangsbehandles for den somatiske lidelse, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Oftest vil det dreje sig om patienter, som har et akut organisk psykosyndrom uden forudgående psykiatrisk sygdom, men der kan også være tale om psykiatriske patienter med kendte psykotiske symptomer. Da patienten indledningsvis ikke er indlagt på en psykiatrisk afdeling, skal der, før somatisk tvangsbehandling iværksættes, udfærdiges erklæring om tvangsindlæggelse. Denne udfærdiges af en overlæge i somatisk regi og godkendes af en overlæge på psykiatrisk afdeling. Politiet skal ikke godkende indlæggelsen eller yde bistand. Formelt tvangsindlægges patienten på den psykiatriske afdeling og udstationeres på den somatiske afdeling, hvor den påtænkte behandling skal finde

sted. I praksis forbliver patienten på den somatiske afdeling, hvor vedkommende er indlagt, og hvor behandlingen skal foregå.

Korrespondance: *Jeanett Bauer*, Psykiatrisk Center, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: [jeanett.bauer@mail.dk](mailto:jeanett.bauer@mail.dk)

Antaget: 25. marts 2008

Interessekonflikter: Ingen

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Psykiatrisk Selskab

#### Litteratur

1. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien nr 1111 af 1.11.06 ([www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)).
2. Fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser. Lovbekendtgørelse nr. 1498 af 14/12/2006 ([www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)).
3. Bekendtgørelse af forvaltningsloven. Lovbekendtgørelse nr. 1365 af 7/12/2007 ([www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)).
4. Underretning og klagevejledning i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien. Lovbekendtgørelse nr. 1497 af 14/12/2006: ([www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)).
5. Lunn V. Psykosebegrebet. Ugeskr Læger 1979;141:1261-6.

## Kræft i øsofagus og cardia – incidensudvikling i Danmark

Stud.scient. Lea Haarup Gregersen, seniorforsker Søren Friis & forskningschef Jørgen H. Olsen

Kræftens Bekæmpelse, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning

### Resume

**Introduktion:** Incidensen af adenokarcinomer i øsofagus og cardia er rapporteret at være stigende i en række lande igennem de seneste årtier. Vi ønskede at belyse, om der har været en lignende stigning i Danmark. I undersøgelsen gennemgås incidensudviklingen for øsofagus- og ventrikeltumor i perioden 1943-2003 med fokus på ændringer siden 1978.

**Materiale og metoder:** Alle data blev indhentet i Cancerregisteret, som indeholder oplysninger om kræfttilfælde diagnosticeret i Danmark siden 1943, inklusive detaljerede oplysninger om histologi siden 1978. Alderstandardiserede incidensrater blev udregnet baseret på alderssammensætninger i World Standard Population (WSP) og den danske befolkning i 2000 (DK-2000).

**Resultater:** Den aldersstandardiserede (DK-2000) incidensrate af øsofaguscancer i Danmark var konstant i perioden 1943-1977, men herefter steg incidensen fra 3,7 pr. 100.000 i perioden 1978-1982 til 6,8 pr. 100.000 i perioden 1998-2003. Den tilsvarende incidensrate for ventrikeltumor var faldende i hele undersøgelsesperioden fra 21,9 pr. 100.000 i 1943-1947 til 9,7 pr. 100.000 i 1998-2003. Incidensstigningen for øsofaguscancer i perioden fra 1978 beror primært på en stigning i incidensen af adenokarcinomer, særligt hos mænd. For distal ventrikeltumor

var der i samme periode et væsentligt fald i incidensen af adenokarcinomer, mens incidensen af adenokarcinomer i cardia var konstant i den pågældende periode.

**Konklusion:** Der har i løbet af de seneste 25 år været en stigning i incidensen af adenokarcinomer i øsofagus, mens incidensen af adenokarcinomer i cardia har været konstant.

I 2002 var ventrikeltumor med næsten en million nye tilfælde om året verdens fjerdehyppigste kræftsygdom, mens øsofaguscancer med næsten en halv million nye tilfælde var den ottendehyppigste kræftsygdom [1]. Dette svarer til aldersjusterede (World Standard Population, WSP) incidensrater på 22 pr. 100.000 mænd og ti pr. 100.000 kvinder for ventrikeltumor og henholdsvis 12 og fem pr. 100.000 for øsofaguscancer. Disse tal dækker over en stor geografisk variation. I Danmark er øsofagus- og ventrikeltumor forholdsvis sjældne sygdomme, da de er henholdsvis 13. og 16. hyppigste kræftform [2]. Letaliteten af øsofagus- og ventrikeltumor er høj, både i Danmark og internationalt, og femårsoverlevelsen er tilsvarende ringe. Patoanatomisk udviser tumorer i øsofagus et markant mønster. Mens hovedparten af tumorer i den proksimale del af øsofagus er planocellulære karcinomer, udgør adenokarcinomer en væsentlig og stigende andel af de distale tumorer [3]. I en række lande er der også rapporteret om en