



Kan elektrokonvulsiv behandling gis med tvang?

Elektrokonvulsiv behandling er det ikke adgang til å gi under tvang, unntatt dersom det foreligger nødrett. Helsetilsynet har nylig fastslått at så var tilfellet i en sak med en eldre pasient.

Det følgende er et resymé av Helsetilsynets vurderinger i forbindelse med denne saken.

Pasienten hadde en dyp depresjon, og i slike tilfeller kan elektrokonvulsiv behandling være et alternativ til medikamentell behandling.

Alvorlig inngrep

Utgangspunktet er at slik behandling kun kan iverksettes etter samtykke fra pasienten. Dersom pasienten er så syk eller apatisk at vedkommende ikke er i stand til å gi et informert samtykke, kan behandlingen ikke gis, selv om det er gode faglige indikasjoner på at den ville ha ønsket virkning. Pasienten ønsket i dette tilfellet ikke behandling.

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern slår i § 4-4 annet ledd fast at det ikke kan gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep uten at pasienten har samtykket. Det er åpnet for at pasienter likevel kan behandles med *legemidler* uten eget samtykke.

Spørsmålet om adgang til under tvang å gi pasienter elektrokonvulsiv behandling ble vurdert i forbindelse med utarbeidingen av den nye loven om psykisk helsevern. Departementet vurderte det slik at muligheten for en tvangsmessig gjennomføring av slik behandling ville virke svært skremmende på mange pasienter og pårørende. Departementet ønsket derfor ikke å foreslå å innføre adgang til tvangsbehandling.

Nødrett

Det eneste grunnlaget for elektrokonvulsiv behandling under tvang er dermed i de tilfellene der det foreligger nødrett i henhold til straffeloven § 47. For at det skal foreligge nødrett, må det foreligge en uavvendelig fare for pasientens liv eller for at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Risikoen for alvorlig skade må være særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som behandling uten samtykke utgjør. Faren for skade må heller ikke kunne avverges på annen, mindre inngripende måte.

Helsetilsynet vurderte det slik at elektrokonvulsiv behandling i enkelte tilfeller kan være livreddende, og at man derfor kan iverksette behandlingsformen i en nødretts-situasjon. Diagnostisk vil det i hovedsak kun

være tale om depressive tilstander, og da kun de alvorligste, med psykotiske symptomer. Med grunnlag i denne lidelsen måtte det foreligge en situasjon der det var alvorlig fare for livet, eventuelt for alvorlig helseskade. Denne livs- eller helseskadefare kunne begrunnes i forskjellige forhold, der de vesentligste er risiko for selvmord eller fare for alvorlig fysisk sykdom eller død pga. sviktende nærings- eller væsketilførsel. Etter en konkret vurdering fant Helsetilsynet at dette var situasjonen i den aktuelle saken. I tillegg til selve faresituasjonen vurderte Helsetilsynet hvorvidt det forelå alternative lovlige måter å avverge faren på, for eksempel tvangsmedisinering. Medisinering var imidlertid forsøkt, uten den ønskede effekt på pasientens tilstand.

Spesielt alvorlig hos eldre

Alvoret ved slike livstruende depressive tilstander øker om mulig med årene, fordi den fysiske belastning ved langvarige psykotiske tilstander av alvorligste slag tiltar. Bivirkningene ved medikamentell terapi tiltar også, mens elektrokonvulsiv behandling erfaringsmessig tåles godt også i høyere aldersgrupper. Dette viste seg å være tilfellet for aktuelle pasient.

I vedtaket understreket Helsetilsynet videre at behandling iverksatt med hjemmel i straffeloven § 47 kun kan igangsettes for å avverge/avhjelpe en akutt krise- eller faresituasjon. Nødrett gir ikke hjemmel for tvangsmessige tiltak som i tid eller omfang går utover det som er nødvendig for å avverge den akutte fare. Nødrett gir heller ikke hjemmel for å iverksette tvangsmessige tiltak med det formål å forebygge at tilsvarende faresituasjoner oppstår igjen, selv om dette i et videre perspektiv kunne vært til det beste for pasienten.

Ikke hjemmel for behandlingsserie

Selv om vilkårene for nødrett på ett bestemt tidspunkt er til stede, gir dette altså ikke hjemmel for å starte opp en behandlingsserie over et lengre tidsrom. Helsetilsynet understreket derfor at behandlende lege måtte foreta en løpende vurdering av om det fortsatt forelå en fare for at pasienten kunne komme eller bli alvorlig skadet og elektrokonvulsiv behandling fortsatt var den eneste måten å avverge denne faren på, eller om vilkårene for å anvende nødrettsbestemelsen var falt bort etter en tids behandling. Ettersom det ofte foreligger et behov for gjentatte behandlinger, samt at slike behandlingsserier ofte planlegges i forkant av behandlingsstart, vil nødrett bare i noen svært

få tilfeller kunne være aktuelt som hjemmelsgrunnlag for bruk av elektrokonvulsiv behandling.

I den aktuelle saken var Helsetilsynet i tvil med hensyn til hvorvidt vilkårene for tvangsbehandling var oppfylt for hele behandlingsserien. Tilsynet fant likevel ikke grunnlag for å overprøve behandlende legers vurdering av alvorlighetsgraden i situasjonen, og gav derfor ikke administrative reaksjoner til de ansvarlige leger.

Pasienten ble senere erklært frisk.

– *Gorm Grammelvedt, Statens helsetilsyn*

Ny høyesterettsdom om utskrivning fra tvangsinnleggelse

Høyesterett har nylig behandlet en sak der en mann med paranoid schizofreni krevde å bli utskrevet fra psykiatrisk sykehus. I dommen drøftes særlig lovens tilleggsvilkår om risiko for forverring av tilstanden og den lovbestemte helhetsvurdering som skal foretas ved bruk av tvang. I denne saken førte Høyesteretts helhetsvurdering til at sykehuset måtte skrive ut pasienten.

I en dom avsagt 15. juni 2001 tok Høyesterett stilling til utskrivning fra psykisk helsevern etter den nye loven som trådte i kraft 1. januar 2001. Saken dreide seg om en 61 år gammel mann som hadde vært i psykiatrisk institusjon med tvungen medisinering sammenhengende siden 1984. Han hadde forsøkt å bli utskrevet flere ganger, men både kontrollkommisjonen og byretten hadde fastslått at det forelå tilstrekkelig grunnlag for opprettholdelse av innleggelsen.

Spørsmålene som stod for Høyesterett er knyttet til lovens § 3-3, som angir vilkårene for bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter. Høyesterett fastslo uten videre drøftelse at hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse var oppfylt, ettersom det forelå fylldig dokumentasjon om at pasienten hadde diagnosen paranoid schizofreni.

Ville tilstanden bli «vesentlig forverret»?

Ett av de sentrale vurderingstemaer var om lovens tilleggsvilkår om at pasienten ved ut-

skrivning ville få sin tilstand vesentlig forverret i meget nær fremtid, var oppfylt. Vil-kåret innebærer en videreføring av tidligere rettstilstand, med det unntak at tidskravet – «meget nær fremtid» – er skjerpet i den nye loven. Høyesterett presiserer at det er et særlig sterkt krav til bevis hva gjelder vurderingen av om pasientens tilstand vil bli forverret – det er ikke tilstrekkelig med 50 % sannsynlighetsovervekt. I sannsynlighetsvurderingen trakk Høyesterett inn de erfaringer som er gjort med reduksjon av medisiner til pasienten. Dokumentasjonen var imidlertid ikke tilstrekkelig når det gjaldt hvordan han hadde reagert på tidligere reduksjoner, og det hadde aldri skjedd noen seponering i den tiden han hadde vært innlagt. Høyesterett støttet seg derfor til en uttalelse fra hans behandlende lege om at tilbakefall ville være overveiende sannsynlig ved utskrivning, samt forskning som viser en tilbakefallsprosent på ca. 70. På tross av at reinnleggelse sannsynligvis ikke ville føre til ytterligere svekket funksjonsnivå, la Høyesterett til grunn at forverringen må karakteriseres som vesentlig. Retten henviste her til «forskjellen mellom hvordan han fungerer i dag, der symptomene langt på vei holdes i sjakk, til en tilstand der de i betyde-

lig grad vil påvirke hans atferd». Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt forverringen ville inntre i «meget nær fremtid», viste Høyesterett til lovens forarbeider, som antyder en grense på to måneder. Retten presiserte at denne grensen ikke er mer enn en antydning, men også at den tidligere seksmånedersgrensen som fremkom i et rundskriv fra Helsedirektoratet er for lang. Høyesterett fant det sannsynlig at forverringen ville inntre innen to måneder etter utskrivning, altså at vilkåret var oppfylt.

Kunne tvang forsvarers etter en helhetsvurdering?

På tross av at Høyesterett fant at både hovedvilkår og tilleggsvilkår var oppfylt, kom retten etter en helhetsvurdering til at pasienten skulle utskrives. En slik helhetsvurdering skal etter § 3-3 alltid foretas, selv om de øvrige vilkår er oppfylt. Dette fulgte også av tidligere rettstilstand, men det kan synes som om Høyesterett mener de klare kriterier for helhetsvurderingen som fremgår av den nye loven, stiller større krav til vurderingen. Høyesterett viser videre til at det er sammenfallende hensyn bak «forverringskriteriet» og den helhetsvurdering som skal gjøres – hensynet til at pasienten skal få prøve seg på

egen hånd. I en sak som denne, hvor pasienten har vært sammenhengende innlagt i 17 år, vil dette hensynet veie tungt. Høyesterett uttaler at «det skal atskillig til for å nekte ham mulighet til selv å erfare hvordan tilværelsen vil være utenfor institusjon».

Behov for sosialhjelp ikke avgjørende

Avslutningsvis i dommen kommer et poeng som er viktig å merke seg. Staten hadde anført som argument mot utskrivning at pasienten verken hadde egen bolig, særlig penger eller nettverk utenfor institusjonen. Retten påpekte at dette ligger under sosialtjenestens ansvarsområde og ikke psykiatrien. Dette skulle innebære at slike problemer ikke ble vektlagt i det hele tatt. Høyesterett tok likevel hensyn til dette ved å utsette fristen for utskrivning til en måned etter forkynnelsen av dommen. Retten uttalte at dette må kunne gjøres hvor saken avgjøres etter en helhetsvurdering etter § 3-3, tredje ledd. Dersom utskrivning f.eks. skulle skje på grunn av at alvorlig sinnslidelse ikke forelå, ville det antakelig ikke vært grunnlag for å utsette den.

– Lars Duvaland, Den norske lægeforsking
lars.duvaland@legeforeningen.no

Legemiddel-epidemiologi



Strom BL, red

Pharmacoepidemiology

3. utg. 874 s, tab, ill. Chichester: John Wiley, 2000. Pris GBP 120
ISBN 0-471-89925-9

Mens klinisk farmakologi generelt sett handler om å studere effekter av ett eller flere legemidler i kroppen, brukes epidemiologiske metoder når man skal studere bruksmønstre eller effekter av legemidler i grupper i befolkningen. Legemiddel-epidemiologi, eller farmakoepidemiologi, er bruk av epidemiologiske metoder til å utforske problemstillinger som har med legemiddelbruk i (grupper av) befolkningen å gjøre.

Avhengig av hva slags problemstilling som studeres, vil metodene variere: fra deskriptive studier (bruksmønstre, effekter) til analytiske (prediktorer for bruk) og eksperimentelle studier (kontrollerte kliniske forsøk). Fordi farmakoepidemiologi spenner over ulike fagområder, har faget blitt beskrevet som «a bridge science». Tverrfagligheten avspeiles også ved de mange profesjoner som er involvert i farmakoepidemiologisk forskning og fagutvikling.

Så langt er det bare et par lærebøker av noe omfang i dette faget. Den som ruver mest i landskapet er læreboken redigert av Brian L. Strom, og som første gang ble gitt ut i 1986. Nå er tredje utgave her, en «mur-

stein» på nær 900 sider til enda flere kroner. Dette regnes av mange som «bibelen» for forskere i farmakoepidemiologi. Strom er professor ved Senter for klinisk epidemiologi og biostatistikk ved Universitetet i Pennsylvania. Med seg har han nærmere 80, i hovedsak amerikanske, medforfattere.

Boken består av fem hoveddeler med til sammen 45 ulike kapitler. Dessuten er her en kortfattet ordliste over aktuelle epidemiologiske begreper samt en stikkordliste. Hvert kapittel er skrevet som om de var uavhengige oversiktsartikler med selvstendige referanselister. I første del introduseres og avgrenses fagområdet, mens neste del gir perspektiver fra ulike ståsted i samfunnet (akademia, myndigheter, industrien og retts-salen).

I del tre omtales et utvalg av ulike pågående registre/studier med farmakoepidemiologiske data og hva slags forskning som dette har avstedkommet. Selv om både registre i Storbritannia, Canada og Nederland er med, blir likevel dette utvalget etter anmelderens oppfatning altfor nordamerikansk. For eksempel er her ingen omtale av de danske farmakoepidemiologiske forskningsdatabasene i Odense og Århus.

I del fire er det omkring 20 kapitler som hver tar opp ulike metodologiske forhold for Strom selv gir noen fremtidsperspektiver i del fem.

Dette er primært en bok for forskere. Deler av stoffet er tungt, og her er kanskje i meste laget av generell epidemiologi. Til

neste utgave har jeg følgende ønsker: For det første kunne jeg ønske meg at tilnærmingen hadde vært mer klinisk og at folkehelseperspektivet hadde vært mer fremtredende. Mitt andre savn gjelder fraværet av primærmedisinske perspektiver. Mens de fleste legemidler skrives ut i primærhelsetjenesten, i Norge omkring 90 %, er det ikke et eneste kapittel som omtaler farmakoepidemiologiske muligheter og utfordringer sett fra et primærmedisinsk eller allmennt medisinsk ståsted. Og for det tredje synes jeg en internasjonal lærebok i farmakoepidemiologi burde ha en skikkelig omtale i egne kapitler om ATC-klassifikasjonen og DDD-metodologien. Nå blir disse nevnt en passant i forbindelse med «drug utilization studies».

Det planlegges for tiden å etablere en reseptbasert legemiddelstatistikk i Norge. Om det ikke blir stukket for mange kjepper i hjulene, vil denne kunne være på plass innen 2003. For at vi skal kunne nyttiggjøre oss de mange muligheter et slikt register kan gi for forskning og kvalitetsforbedring, må vi bygge opp og styrke fagområdet farmakoepidemiologi. Til det trenger vi flere og bedre forskere, mer og bedre vitenskap. Og da er det ingen vei utenom Stroms lærebok, som så langt både er den beste og den mest omfattende læreboken i farmakoepidemiologi.

Jørund Straand

Seksjon for allmennt medisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo