

# Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Tvangsbehandling med legemidler er kontroversielt og representerer en betydelig utfordring for lege-pasient-forholdet. Det finnes i dag svært få undersøkelser der man har tatt for seg anvendelse av tvangsmedisinering i Norge.

**Materiale og metode.** Undersøkelsen er en retrospektiv kontrollert studie av tvangsbehandlede pasienter i en psykiatrisk akuttavdeling ved Diakonhjemmets sykehus i tidsrommet 1996–2000.

**Resultater.** Av 340 pasienter tvangsinnlagt i henhold til § 5 i undersøkelsesperioden ble det fattet vedtak om tvangsbehandling med legemidler en eller flere ganger hos 64 (19 %). I nær en tredel av tilfellene valgte sykehuset å fravike fra ordinær prosedyre grunnet pasientens alvorlige helsetilstand. Til tross for at flertallet av tvangsinnlagte pasienter var menn, fant vi en overhyppighet av kvinner (69 %). Gruppen av tvangsbehandlede pasienter var kjennetegnet ved at et fåtall hadde fulgt opp poliklinisk behandling de siste seks måneder forut for aktuelle innleggelse. Av 64 pasienter var det 43 som påklaget vedtaket (67 %), 19 av disse (44 %) fikk enten medhold i sin klage eller varighet av vedtaket kortet ned. Det ble påvist hyppige reinnleggelser og gjentatt autoseponering av medikasjon hos et stort antall pasienter. Undersøkelsen tyder på dårlig samarbeid omkring behandling over tid i denne pasientgruppen.

**Fortolkning.** Vi etterspør bedre dokumentasjon av praksis og ytterligere empiriske studier av praktisering av tvangsmedisinering i psykiatriske institusjoner.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

> Se også side 916

**Tore Buer Christensen\***

[tore.buer.christensen@sshs.no](mailto:tore.buer.christensen@sshs.no)

**Sidsele Onstad**

Psykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmets sykehus  
Postboks 85 Vinderen  
0319 Oslo

\* Nåværende adresse:

Psykiatrisk avdeling  
Sørlandet sykehus Arendal  
Serviceboks 605  
4809 Arendal

Bruk av tvang innen psykiatrien har i den senere tid vært gjenstand for oppmerksomhet både i mediene og gjennom Legeforeningens Gjennombruddsprosjekt psykiatri. Et område som imidlertid har vært svært lite berørt av dette, har vært tvangsbehandling med legemidler. Det er i de senere år kommet flere publikasjoner som tar for seg etiske implikasjoner ved bruk av tvang (1–3), mens de faktiske forhold omkring tvangsbehandling i liten grad finnes omtalt i vitenskapelige publikasjoner nasjonalt eller internasjonalt.

Psykiatriske pasienters rett til å nekte behandling er stadig gjenstand for diskusjon. Diskusjonen gjelder ikke minst i hvilke situasjoner en slik rett skal kunne overprøves. Representanter for de psykiatriske fagmiljøer har ofte argumentert for nødvendigheten av adekvat behandling, mens jurister gjerne har gjort seg til talsmenn for pasientenes rett til medbestemmelse over egen behandling. Flere forskningsrapporter har tatt for seg hvilke faktorer som påvirker pasienters evne og vilje til oppfølging av anbefalt behandling (4–8). De fleste av disse studier omhandler oppfølging av pasienter etter utskrivning, og årsakene til manglende etterlevelse er mange og sammensatte. Det kan imidlertid synes som om pasienter som nekter behandling under sykehusopphold frembyr mer alvorlige symptomer og viser betydelig dårligere sykdomsinnsikt enn pasienter som aksepterer behandling (4–7). Argumenter imot anvendelse av tvangsmedisinering har vært at hvis retten til å nekte neglisjeres gjennom tvangsbehandling, har dette langsiktige konsekvenser for pasienters forhold til behandling (4).

Med tvangsbehandling forstås her behandling av alvorlige sinnslidelser med legemidler når behandlingen gjennomføres uten pasientens samtykke, og fordret i undersøkelsesperioden at pasienten var innlagt



## Fakta

- Tvangsbehandling med legemidler av alvorlig sinnslidende pasienter er i dag hjemlet i loven om psykisk helsevern
- Hvis det ikke er mulig å oppnå samtykke til behandling, kan sykehuset fatte vedtak om tvungen behandling med legemidler for inntil tre måneder
- Vedtaket kan påklages til Fylkeslegen
- Det foreligger begrenset dokumentasjon av hvordan tvangsbehandling praktiseres i Norge

i psykiatrisk institusjon i henhold til daværende § 5 i lov om psykisk helsevern (9), eventuelt at pasienten var under såkalt tvunget ettervern. Forskriftene forutsatte observasjon i minimum tre døgn fra innleggelsestidspunkt til vedtak ble fattet, med mindre pasienten ved utsettelse ville lide alvorlig helseskade. Forsøk på å oppnå frivillig samtykke var da som nå en klar forutsetning før vedtak kunne fattes, og vedtakets varighet var inntil tre måneder.

Tvangsbehandling i psykiatrien må skilles fra bruk av tvangsmidler og tvangsinnleggelse (tab 1).

Ny lov om psykisk helsevern trådte i kraft 1.1. 2001. Denne medfører ingen endringer vedrørende selve vedtaket (10). Klage som blir inngitt innen 48 timer har oppsettende virkning inntil klagen er avgjort, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade. Fylkeslegen er klageinstans.

Sintef Unimed NIS samlet i 1994 og 1997 inn opplysninger fra samtlige psykiatriske institusjoner vedrørende tvangsmiddelbruk og tvangsbehandling. Disse opplysningene var imidlertid usikre, og det ble etterlyst rutiner for kontinuerlig og pålitelig monitorering av bruk av tvang innen psykiatrien (11–13).

Vi beskriver i denne artikkelen omfang og praktisering av tvangsbehandling med psykofarmaka ved en psykiatrisk akuttavdeling i Oslo i årene 1996–2000. Vi har ønsket å belyse om det foreligger faktorer som kjennetegner denne gruppen pasienter, sammenliknet med øvrige tvangsinnlagte pasienter i denne perioden.

Vi ønsket videre å gjøre rede for omstendigheter omkring vedtak, klage og klagebehandling. Spesielt ønsket vi svar på følgende

**Tabell 1** Oversikt over forskjellige former for tvang innen psykisk helsevern

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hjemmel<br>i tidligere lov (9)                       | Hjemmel<br>i ny lov (10)         | Klageinstans      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Tvangsinnleggelse               | Innleggelse mot pasientens vilje til observasjon i en begrenset periode eller uten begrensning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | §§ 3 og 5                                            | §§ 3-8 og 3-1, jf. §§ 3-6 og 3-3 | Kontrollkommisjon |
| Tvangsbehandling med legemidler | Behandling med legemidler mot pasientens vilje. Forutsetter at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Kan bare skje når det er gjort forsøk på å oppnå pasientens samtykke, eller det er åpenbart at samtykke ikke gis. Kan vedtas for inntil tre måneder                                                                                                                                                               | Forskrifter om begrenset adgang til tvangsbehandling | § 4-4                            | Fylkeslegen       |
| Tvangsmidler                    | Omfatter bruk av mekaniske tvangsmidler, kortvarig isolasjon, eller enkeltstående bruk av legemidler. Skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Lempeligere midler skal ha vært forsøkt. Ansees som handlinger basert på nødrett og nødverge-prinsipper | Forskrifter om begrenset bruk av tvangsmidler        | § 4-8                            | Kontrollkommisjon |

spørsmål: Hvor mange pasienter klager, hvilke pasienter klager, og i hvilken grad blir pasientenes klage tatt til følge?

### Materiale og metode

Diakonhjemmets sykehus er et sektorsykehus i Oslo med akuttansvar for en befolkning på ca. 90 000 innbyggere i fire vestlige bydeler. Psykiatrisk avdeling Vinderen, der denne undersøkelsen er gjennomført, består av en akuttpost med 11 plasser og en intermedierpost med 16 plasser. De vestlige bydeler i Oslo kjennetegnes av relativ høy inntekt per innbygger, lav grad av arbeidsuførhet og liten andel av fremmedkulturelle innbyggere (14).

Materialet er basert på manuell gjennomgang av samtlige 340 journaler for pasienter innlagt i akuttposten, Psykiatrisk avdeling Vinderen i henhold til § 5 i lov om psykisk helsevern i tiden 1996–2000. I de 64 tilfeller der sykehuset fattet vedtak om tvangsbehandling ble journalene gjennomgått og skåret i henhold til en skåringsmanual utarbeidet for denne undersøkelsen. I manualen skåres det for bakgrunnsvariabler som kjønn, hovedinntektskilde, utdanningsnivå, etnisitet, språk, sivil status, boligforhold og så videre vedrørende den enkelte pasient. Videre kartlegges oppfølging forut for og etter innleggelse, innleggelsesparagraf, diagnose, omstendigheter omkring vedtak og ev. klagegang. Bakgrunnsvariabler er hentet fra minste basis datasett (15). En kontrollgruppe bestående av 64 av de 276 pasientene som var innlagt under tilsvarende paragraf og i samme tidsperiode ble tilfeldig utvalgt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS versjon 10.1. Disse journalene ble skåret på tilsvarende måte.

Av metodiske årsaker valgte vi å registrere de innleggelser der det ble fattet vedtak om tvangsbehandling med legemidler første gang i perioden. Dette fordi vi ønsket å beskrive karakteristika ved denne pasientgruppen og dermed unngå at samme pasient ble registrert flere ganger. I de tilfellene hvor

pasienten ble reinnlagt senere i perioden og nytt vedtak om tvangsbehandling ble fattet, er det gitt opplysninger om dette.

### Statistikk

Forskjeller mellom grupper ble undersøkt med khikvadrattest med signifikansnivå  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  og  $p < 0,001$ . For grupper for små til at parametriske tester kan benyttes, er det benyttet Fishers eksakte test.

### Resultater

#### Bakgrunnsopplysninger (tab 2)

Vi fant en signifikant kjønnsforskjell fra kontrollgruppen ved at 44 av 64 tvangsbehandlede pasienter var kvinner ( $p < 0,01$ ). Bortsett

fra kjønnsforskjellen var det lite som skilte disse pasientene fra kontrollgruppen. 53 pasienter (83 %) var av norsk opprinnelse. 61 pasienter (95 %) levde ikke i parforhold, og fem av 64 pasienter var i journalen registrert med omsorg for egne barn. Til tross for et gjennomgående høyt utdanningsnivå var lønnet arbeid angitt som hovedinntektskilde hos bare ni pasienter (14 %).

Den dominerende diagnosen blant tvangsbehandlede pasienter var paranoid schizofreni (41 %). Ved å slå sammen diagnosene paranoid schizofreni, paranoid psykose og schizoaffectiv lidelse var det signifikante forskjeller ( $p < 0,001$ ) i forhold til kontrollgruppen.

#### Sykehistorie (tab 3)

To tredeler av de tvangsbehandlede pasientene hadde vært innlagt mer enn to ganger tidligere, tilsvarende fant vi for under halvparten av pasientene i kontrollgruppen ( $p < 0,001$ ). For øvrig var det små forskjeller fra kontrollgruppen når det gjaldt antall tidligere innleggelser.

33 pasienter (52 %) hadde hatt tilbud om frivillig poliklinisk behandling de siste seks måneder før innleggelsen, bare en tredel av disse hadde fulgt opp både medikasjon og konsultasjoner siste halvår. Dette representerer et betydelig avvik fra kontrollgruppen, der to tredeler av pasientene hadde fulgt opp anbefalt behandling ( $p < 0,001$ ).

Kun fire pasienter hadde poliklinisk oppfølging som ledd i tvungent ettervern forut for innleggelsen. 20 pasienter (31 %) ble imidlertid skrevet ut til tvungent ettervern, mot bare én av de 64 pasientene i kontrollgruppen ( $p < 0,001$ ).

Hos 19 pasienter (30 %) kunne vi ut ifra journalen med sikkerhet si at det også under tidligere innleggelser hadde vært fattet vedtak om tvangsbehandling. I kontrollgruppen fant vi tilsvarende dokumentasjon hos bare én pasient ( $p < 0,001$ ).

Sykehuset fattet nytt vedtak om tvangsmedisinering i løpet av perioden hos 17 pasienter (27 %).

**Tabell 2** Bakgrunnsopplysninger om gruppen av tvangsbehandlede pasienter og kontrollgruppen

|                           | Tvangsbehandlede pasienter<br>N = 64 | Kontrollgruppe<br>N = 64 |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <i>Kjønn</i>              |                                      |                          |
| Antall kvinner            | 44                                   | 29 <sup>1</sup>          |
| <i>Diagnose</i>           |                                      |                          |
| Paranoid schizofreni      | 26                                   | 17 <sup>2</sup>          |
| Paranoid psykose          | 8                                    | 2 <sup>2</sup>           |
| Schizoaffectiv lidelse    | 8                                    | 2 <sup>2</sup>           |
| Bipolar affectiv lidelse  | 11                                   | 15                       |
| Andre                     | 11                                   | 28 <sup>3</sup>          |
| <i>Hovedinntektskilde</i> |                                      |                          |
| Lønnet arbeid             | 9                                    | 17                       |
| Uførepensjon              | 20                                   | 17                       |
| Sykepenger                | 8                                    | 5                        |
| Forsørget                 | 8                                    | 5                        |
| Sosialstønad              | 8                                    | 16                       |
| Annet                     | 11                                   | 4                        |
| <i>Samlivsstatus</i>      |                                      |                          |
| Lever i parforhold        | 3                                    | 8                        |

<sup>1</sup>  $p < 0,01$ <sup>2</sup>  $p < 0,001$ <sup>3</sup> Øvrige diagnoser benyttet

### Vedtak og klage (tab 4)

43 (67%) av 64 pasienter påklaget vedtaket. Gjennomsnittlig observasjonstid var åtte døgn, og hos 13 pasienter var observasjonstiden under tre døgn. Hos 20 pasienter, altså nær en tredel av fattede vedtak (31 %), ble tvangsmedisinering gjennomført uten at en eventuell klage hadde oppsettende virkning. I disse tilfellene var dette begrunnet i journalen med at pasienten ved utsettelse ville lide alvorlig helseskade.

Av de 43 pasientene som påklaget vedtaket, fikk seks medhold. 13 pasienter (30 %) oppnådde gjennom klagen å få varighet av vedtak kortet ned. Det betyr at nesten halvparten (44 %) av pasientene som klaget, i noen grad nådde frem.

Av de pasientene som fikk medhold i klagen, hadde fem av seks vært innlagt mer enn ti ganger tidligere.

I de seks tilfellene der Fylkeslegen gav klager medhold og således opphevet vedtaket, skyldtes fire av disse faglig uenighet angående indikasjon for tvangsmedisinering, mens to pasienter fikk medhold grunnet formelle feil ved vedtaket.

30 (47 %) av de 64 tvangsbehandlede pasientene klaget til kontrollkommisjonen over innleggelse eller tilbakeholdelse. Dette representerer et betydelig avvik fra kontrollgruppen, der bare tre pasienter klaget ( $p < 0,001$ ). Ingen av pasientene som klaget oppnådde medhold i kontrollkommisjonen.

### Diskusjon

Det finnes ingen for oss kjente publiserte sammenliknbare undersøkelser vedrørende tvangsbehandling med medikamenter. Det er imidlertid i de senere år publisert flere artikler som omtaler samarbeid mellom lege og pasient omkring nevroleptikabehandling (etterlevelse) og hvilke faktorer som påvirker dette i og utenfor institusjon (4–8). Det er påvist sammenhenger mellom varighet og hyppighet av innleggelser, alvorlighetsgrad av symptomer og manglende evne til å samarbeide omkring medikamentell behandling under sykehusinnleggelse (4–7). Ikke i noen studier har man påvist signifikante forskjeller når det gjelder diagnose eller kjønn. I én studie er det imidlertid påvist sammenheng mellom høy sosial klasse og motstand mot nevroleptikabehandling hos pasienter innlagt i akuttavdelinger (4).

Sintef Unimed NIS påpeker i en rapport fra 1998 at det har vært en økning på 28 % i antall tvangsmedisineringsvedtak fra 1994 til 1997 (11). Disse dataene er usikre, da de er basert på egenrapportering og sykehuses protokoller. Våre studier er derfor den første som angir sikre tall for omfanget av bruk av tvangsmedisinering ved en psykiatrisk avdeling i Norge.

Våre funn vedrørende hovedinnlekstskilte, sivilstatus, omsorg for barn m.m. tyder på et lavt sosialt funksjonsnivå, men vi fant ikke signifikante forskjeller mellom pasienter som tvangsbehandles og øvrige tvangsinnlagte pasienter.

**Tabell 3** Kliniske data om gruppen av tvangsbehandlede pasienter og kontrollgruppen

|                                                                        | Tvangsbehand-<br>lede pasienter<br>N = 64 | Kontroll-<br>gruppe<br>N = 64 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| Tidligere innleggelser                                                 |                                           |                               |
| Mer enn to tidligere innleggelser                                      | 43                                        | 21 <sup>1</sup>               |
| Tilbud om poliklinisk oppfølging siste seks måneder                    |                                           |                               |
| Ja, frivillig                                                          | 33                                        | 29                            |
| Tvungent ettervern                                                     | 4                                         | 0                             |
| Hvis poliklinisk tilbud, fulgte pasienten opp dette tilbudet?          |                                           |                               |
| Ja                                                                     | 11                                        | 18 <sup>1</sup>               |
| Fulgte opp delvis                                                      | 7                                         | 2                             |
| Tvungent ettervern etter aktuelle innleggelse?                         | 20                                        | 1 <sup>1</sup>                |
| Tidligere vedtak om tvangsmedisinering?                                | 19                                        | 2 <sup>1</sup>                |
| Flere innleggelser i undersøkelsesperioden                             | 32                                        | 24                            |
| Antall pasienter som påklaget tvangsinnleggelsen til kontrollkommisjon | 30                                        | 3 <sup>1</sup>                |
| Antall pasienter som fikk medhold                                      | 0                                         | 0                             |

<sup>1</sup>  $P < 0,001$

Vi fant imidlertid en betydelig dominans av kvinner i vår pasientgruppe. Dette til tross for at menn utgjør hovedandelen av pasienter innlagt i henhold til § 5 i denne perioden (55 %). I studier av pasienters etterlevelse i psykiatriske akuttavdelinger er kjønnsforskjeller ikke påvist (4–8).

Dette funnet kan indikere at kvinner tvangsinnlagt etter § 5 i gjennomsnitt var sykere enn menn innlagt etter samme paragraf i perioden. En slik teori understøttes av en undersøkelse SINTEF har gjennomført, der man fant at menn hadde større sannsynlighet enn kvinner for å bli innlagt etter § 5 selv om man korrigerte for alder, diagnose og avdelingstype (12).

En annen mulig forklaring kunne være at det hos menn, pga. større grad av fysisk utagering, i større utstrekning blir anvendt tvangsmidler i akuttfasen. Gjennomgang av tvangsmiddelprotokoll i samme periode ved avdelingen støtter imidlertid ikke denne hypotesen da ingen signifikant kjønnsforskjell ble påvist.

Ved sammenslåing av diagnosene paranoid schizofreni, paranoid psykose og schi-

zoaffektiv lidelse ble det påvist en signifikant økt forekomst av disse lidelsene i gruppen av tvangsbehandlede. Dette kan tyde på en sammenheng mellom alvorlighetsgrad av psykotiske symptomer, manglende tillit og redusert innsikt i behov for behandling. Dette bekreftes av tidligere funn (4–7).

Vi fant videre signifikante forskjeller mellom undersøkelsesgruppen og kontrollgruppen både med hensyn til samarbeid omkring poliklinisk behandling forut for innleggelsen, og med hensyn til anvendelse av tvungent psykisk helsevern etter utskrivning. Dette kan indikere at pasienter som må tvangsbehandles, mangler innsikt i behovet for behandling av sin lidelse over lang tid, og at det er vanskelig å oppnå samarbeid omkring adekvat poliklinisk oppfølging og forebygging av nye sykdomsutbrudd. På den annen side kan et slikt funn også tas til inntekt for at tvangsbehandling vanskeliggjør videre samarbeid mellom lege og pasient.

Et betydelig flertall (67 %) av pasientene påklaget vedtaket om tvangsbehandling. Dette er en langt høyere andel enn hva som tidligere er påvist. Norsk institutt for sykehusforskning har tidligere rapportert at 32 % av fattede tvangsmedisineringsvedtak i 1998 ble påklaget (13). Hos førstegangsinnlagte fant vi imidlertid en lavere andel (seks av 14). Som angitt var vel en femdel av pasientene i denne undersøkelsen førstegangsinnlagte. Disse representerer en pasientgruppe der det stilles strenge krav til anvendelse av tvangsbehandling. Et mindretall av de førstegangsinnlagte påklaget imidlertid vedtaket, og ingen av disse oppnådde medhold. Ser vi nærmere på denne gruppen (14 pasienter), hadde klage oppsettende virkning i bare halvparten av tilfellene. Det indikerer at vedtaket var begrunnet med at det ville være fare for pasientens liv og helse dersom behandling ikke ble gitt. Dette kan innebære at pasienten pga. sin alvorlige tilstand ikke er i stand til å fremsette noen klage. Det kan imidlertid også tolkes dit hen at pasienten i

**Tabell 4** Data vedrørende vedtak om tvangsmedisinering

|                                                     | Antall |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Varighet av observasjonstid før vedtak fattet       |        |
| Minimum tre døgn                                    | 51     |
| Færre en tre døgn                                   | 13     |
| Oppsettende virkning av eventuell klage             | 44     |
| Vedtak påklaget til fylkeslege                      | 43     |
| Utfall av klagebehandling                           |        |
| Medhold i klage                                     | 6      |
| Varighet av vedtak kortet ned som resultat av klage | 13     |
| Avslag                                              | 24     |
| Flere vedtak om tvangsmedisinering i perioden       | 18     |

noen tilfeller ikke ser noen hensikt i å klage så lenge vedtaket uansett vil bli effektivt.

I vårt materiale var så å si alle vedtak fattet for tre måneder. Dette er ikke i tråd med forskrifter til den nye loven om psykisk helsevern, der det understrekes at man skal tilstrebe kort varighet av vedtak i akutte tilfeller. Pasienter har anledning til å formidle sin klage både skriftlig og muntlig, og det er derfor ikke mulig i ettertid å kartlegge innholdet i klagen. Vi er imidlertid ikke kjent med at noen pasienter har påklaget kun varighet av vedtaket, og alle sider av vedtaket blir behandlet ved en klage. At så mange som 13 pasienter fikk varighet av vedtak kortet ned, kan sees på som en naturlig konsekvens i henhold til lovgivers intensjoner.

Nær halvparten av pasientene klaget til kontrollkommisjonen. Dette er langt flere enn i kontrollgruppen, der bare 5 % av pasientene klaget. Funnet er ikke overraskende, og gjenspeiler etter vår mening den manglende sykdomsinnsikt som kjennetegner denne gruppen pasienter i en akuttavdeling. Ingen av disse oppnådde medhold i sin klage. En undersøkelse gjort ved sykehuset i 1997 (16) viste at 15 % av pasientene som klaget i løpet av året oppnådde medhold.

Vi tar i denne undersøkelsen ikke stilling til om omfanget av bruk av medikamentell tvangsbehandling av alvorlig sinnslidende pasienter er for høyt eller for lavt. Legeforeningens Gjennombruddsprosjekt psykiatri, som nylig ble avsluttet, hadde som målsetting å redusere tvangsbruken i norsk psykiatri (17, 18). Når man i dette prosjektet ikke valgte å rette mer oppmerksomhet mot tvangsbehandling med legemidler, kan dette ha flere forklaringer. Problemene rundt tvangsbehandling er kompliserte, og det er manges oppfatning at nettopp redusert bruk av tvangsbehandling vil kunne føre til økt behov for andre typer tvang innen psykiatrien (P. Føyn, personlig meddelelse). Den økningen i bruk av tvangsmedisinering man har sett i Norge, er også påvist i andre land, og flere har pekt på en holdningsendring blant psykiatere i retning av hurtigere bruk av denne formen for tvang (19). Det kan være ulike årsaker til dette. Det finnes i dag holdepunkter for at forløpet av schizofrene lidelser bedres gjennom tidlig igangsettelse av psykofarmakologisk behandling. Videre er presset på sykehussenger og dermed krav om effektiv behandling i dag større enn tidligere.

Om pasienter som blir tvangsbehandlet får et bedre sykdomsforløp enn om de ikke hadde blitt tvangsbehandlet, er vanskelig å si. Det er imidlertid vanskelig å se for seg forskning der man avstår fra å gi virksom behandling for pasienter som er så syke at de må innlegges i sykehus. Nasjonal og internasjonal forskning og behandling av pasienter med schizofrene lidelser legger, som angitt, vekt på å korte ned den tiden som pasienten er psykotisk. Selv om det fortsatt diskuteres hvorvidt psykose i seg selv er «toksisk», er

det enighet om at ubehandlet psykose er uheldig for pasienten fordi det medfører sykdom, innleggelse, tap av arbeid, sosial anseelse, belastning for familie osv. (20).

Ny lov om psykisk helsevern har videreført prinsippene fra tidligere lov, men med enkelte endringer. Den nye loven åpner for å fravike krav til tre døgns observasjonstid i institusjon med døgnopphold i de tilfeller der man har inngående kjennskap til pasienten. Samtidig etterstreber de nye lovforskrifter kort tvangsbehandlingstid (21).

Det har vært mye diskutert at den nye loven også åpner for at det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering utenfor institusjon. Målsettingen er imidlertid ikke at det skal fattes flere vedtak, men at man ønsker å unngå stadige tvangsinnleggelser hos pasienter som gjentatte ganger selvseponerer medikasjon med påfølgende forverring av tilstanden. I henhold til våre funn vil dette i prinsippet kunne få anvendelse hos flere av dagens tvangsbehandlede pasienter.

## Konklusjon

Tvangsbehandling med legemidler ble anvendt i forhold til en pasientgruppe som skiller seg fra øvrige tvangsinnlagte med hensyn til kjønn og evne til samarbeid omkring anbefalt behandling over tid. De fleste pasientene benyttet sin klageadgang, nesten halvparten av disse oppnådde enten medhold i sin klage eller fikk varighet av vedtaket kortet ned. Pga. fare for alvorlig helseskade fravek sykehuset fra ordinær observasjonstid og klageprosedyre i nær en tredel av tilfellene.

Bedre dokumentasjon av praksis og mer forskning på dette viktige og kontroversielle området er nødvendig.

## Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

2. Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients: an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 231–6.
7. Agarwal MR, Sharma VK, Kishore-Kumar KV, Lowe D. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 44: 92–106.
8. Glyngdal P, Sørensen P, Kistrup K. Non-compliance in community psychiatry: failed appointments in the referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 151–6.
9. Lov om psykisk helsevern av 28.4. 1961.
10. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2.7. 1999.
11. Hatling T, Krigen T. Bruk av tvang i norsk psykiatri: en empirisk gjennomgang. Trondheim: NIS SINTEF Unimed, 1998.
12. Bjørngaard JH. Tvang og frivillighet ved innleggelse i voksenpsykiatriske institusjoner i 1997. NIS minirapportserie. Trondheim: SINTEF Unimed, 2000.
13. Psykiatritjenesten 1998 – på rett vei? Samdata Psykiatri, NIS-rapport 6/99; 72. Trondheim: SINTEF Unimed, 1972.
19. Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2000.
20. Gilbert PL, Harris MJ, MacAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 173–88.