

tika bare må brukes på streng indikasjon. Men kun å sitere Götzsches synspunkter på nytte-effekt er utilstrekkelig. Generalisering ut fra randomiserte kliniske forsøk alene har begrensninger (1). Det er forskningsmessig belegg for at antipsykotika ikke bare øker sjansen for bedre livskvalitet og mindre psykisk smerte, men også kan redusere dødelighet ved schizofreni selv om man tar hensyn til bivirkninger (2).

Min erfaring er at reduksjon av tvangsinnleggelse så vel som tvangsmedisinering kan reduseres, men ikke fjernes helt, hvis legen kjenner pasienten godt og følger denne over tid med psykoterapeutiske og sosiale intervensjoner. Gjensidig tillit gjør det også lettere å gripe inn hvis det skulle oppstå nye psykotiske episoder. Men for å redusere tvangsmedisinering må vi også ha leger som kan psykofarmakologi både hva gjelder optimal dosering, effekter og deres begrensninger så vel god kunnskap om bivirkninger og behandling av slike. I dag er det mange psykiatriske institusjoner som ikke har tilstrekkelig legedekning. Det kan medføre at antipsykotika administreres ukritisk eller i for høye doser når behandlere opplever at forsøk på medikamentfri behandling etter pasientens ønske ikke strekker til for å stabilisere psykosene.

Men i vurderingen av tvangsmedisinering av kroniske former for schizofreni hvor det periodevis forekommer grovt avvikende og truende atferd, må man også ta pårørendes opplevelser med i betraktning. Pasientene kan mene at det «ikke var så farlig» og at pårørende «må tåle det». Men familien kan lide stort (3) og noen ganger bli påført varige psykiske skader (4). Samlet sett ser jeg ikke at det er noe definitivt ja-nei svar på spørsmålet om tvangsmedisinering.

**Ulrik Fredrik Malt**  
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt (f. 1946) er professor emeritus og overlege ved Oslo universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar for å forelese om psykofarmakologiske emner (ikke tvangsmedisinering) av Norsk Psykiatrisk Forening og i videre- og etterutdanning av svenske og tyske leger. I 2016 mottok han honorar for å forelese for leger om ulike psykiatriske emner (ikke tvangsmedisinering) av Lundbeck Norge. Han har også forsket på stressreaksjoner hos pårørende til personer som lider av schizofreni.

#### Litteratur

1. Tiihonen J. Real-world effectiveness of antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 134: 371–3.
2. Tiihonen J, Mittendorf-Rutz E, Torniainen M et al. Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: an observational follow-up study. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 600–6.
3. Boye B, Malt UF. Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: a pilot study. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 253–60.
4. Kjellin L, Ostman M. Relatives of psychiatric inpatients—do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 7–11.

#### K. Lund svarer:

Ulrik Fredrik Malt skriver at tvangsmedisinering fortsatt kan være aktuelt. Jeg har lenge påpekt at tvangsmedisineringspraksis er ulovlig. Dette er fastslått av Paulsrud-utvalget som avga innstilling om endringer i psykiskhelsevern-loven i NOU 2011: 9. Begrunnelsen er at de positive effektene av antipsykotika på gruppenivå er små og ikke gir grunnlag for med stor sannsynlighet å forutsi helbredelse/vesentlig bedring på individnivå, som er lovens vilkår. Vilkåret er satt for å hindre feilbehandling og gå klar av det menneskerettslige forbudet mot tortur og nedverdiggende behandling. Meg bekjent er ikke dette bestridt, om det bestrides av Malt, står uklart for meg.

Ifølge Malt kan tvangsmedisinering være et alternativ selv etter psykososiale tiltak som reduserer fare for alvorlige overgrep mot en selv eller andre. Han viser til at vrangforestillinger i akutte psykososer kan utløse slike farer, som antipsykotika kan motvirke. (Hans eksempel «rive seg løs fra livreddende medisinsk utstyr», virker ikke innlysende velplassert i forbindelse med tvang i psykiatriske institusjoner.) Alternativet kan, sier han, være sikringstiltak som isolasjon eller beltelegging som også kan oppleves som overgrep. Så vidt jeg forstår snakker Malt om bruk av tvangsmidler, ikke om tvangsbehandling. Tvangsmidler kan brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre. Også «enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt» er tvangsmiddel etter loven. Tvangsmiddelproblematikken lar jeg ligge.

I forbindelse med akutte psykososer omtaler Malt kun slike faretilfeller, mens tvangsmedisineringsvedtak i det vesentlige gjelder pasienter innlagt på lovens behandlingsindikasjon. For ordens skyld understrekes at den positive effekt av antipsykotika er mellom 10 og 20 % ved akutte psykososer ifølge NOU 2011: 9. Muligheten for å forutsi positiv effekt overfor pasienten, er tilsvarende liten.

Det har slått meg at psykiatere ofte snakker om gode effekter av antipsykotika uten å si hva de egentlig mener med dette. Blant annet formidles ikke at vilkåret for tvangsbehandling er påvisning av stor sannsynlighet for helbredelse eller vesentlig bedring av pasienten. Malt er intet unntak.

Illustrerende er hans uttalelser om tvangsmedisinering over tid for å hindre tilbakefall. Ifølge NOU 2011: 9 foreligger «en bred og begrunnet kritikk av langtidseffektene av antipsykotika». Malt ser tvungen langtidsmedisineringsproblematisk, men går likevel inn for det. Det er riktig, sier han, at dette «på langt nær hjelper alle og at antipsykotika bare må brukes på streng indikasjon». Hva slags indikasjon det siktes til, opplyses ikke. Ifølge NOU 2011: 9 viser randomiserte studier en positiv effekt på ca. 25 % på gruppenivå av vedlikeholdsmedikasjon over ett eller to år, altfor lavt til å kunne forutsi positiv effekt på individnivå med noen som helst sannsynlighet. Ifølge Malt har «generalisering ut fra randomiserte kliniske studier alene ... begrensninger.»; han viser til en artikkel som gjelder observasjonsstudier som er langt mindre pålitelige enn godt utformede randomiserte studier. Det er ingen grunn til å tro at slike observasjonsstudier vil gjøre det enklere å fastslå med stor sannsynlighet hvilke individer som skal kunne tvinges til å ta antipsykotika i lang tid, ikke sjelden i tiår etter tiår.

Malt sier videre at man ved tvangsmedisinering av kroniske former for schizofrenier med grovt avvikende og truende atferd må ta pårørendes lidelser i betraktning. Det er uklart for meg hva han mener. Tvangsmedisinering er etter loven utelukkende et behandlingstiltak til beste for pasienten selv.

På tross av utallige tiltaksplaner for å redusere bruken av tvang/tvangsbehandling i norsk psykiatri, har tvangen holdt seg på et høyt nivå. Malts erfaring er at tvangsbruken kan reduseres hvis legen kjenner pasienten godt, følger denne over tid og har nødvendig kunnskap om psykofarmakologi, vilkår som, slik jeg forstår ham, ved mange institusjoner ikke er til stede. Erfaring har dessverre vist at tvangsmedisineringspraksis er endringsresistent. Heller ikke det faktum at praksis er ulovlig, har medført reaksjoner på noe hold.

**Ketil Lund**  
kl@lundogco.no

Ketil Lund (f. 1939) er advokat og tidligere høyesterettsdommer. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er medlem av Rettsvern- og psykiatriutvalget i ICJ Norge – Den internasjonale juristkommisjon, avdeling Norge.