

Elektrokonvulsiv terapi uten samtykke

BAKGRUNN Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kan i utgangspunktet kun gis til pasienter som samtykker til behandlingen. Dersom pasienten ikke samtykker, kan behandlingen gis unntaksvis i spesielle nødrettssituasjoner. Formålet med denne studien var å undersøke om samtykkespørsmålet var journaldokumentert ved Dikemark sykehus i perioden 1960–95 og hvordan det gikk med pasienter som fikk ECT-behandling uten å samtykke.

MATERIALE OG METODE Artikkelen er basert på en gjennomgang av ECT-protokollene og journalene til pasienter som fikk behandlingen i perioden 1960–95 ved tre psykiatriske avdelinger ved Dikemark sykehus. Det ble registrert hvorvidt samtykkespørsmålet var dokumentert og, hvis så var tilfellet, om det var gitt samtykke eller ikke. Materialet omfatter 241 ECT-serier gitt til 141 pasienter.

RESULTATER Samtykkespørsmålet var dokumentert ved 107 av 241 serier. Sju pasienter fikk behandlingen selv om de ikke ønsket det. Median alder for disse sju var 68 år (spredning 56–82 år). Alle hadde diagnosen depressiv psykose og fikk elektrokonvulsiv terapi på vital indikasjon som nødrett. Manglende næringsinntak var beskrevet som hovedgrunnen til vital indikasjon hos alle sju. Ifølge journalen viste de sju bedringstegn dagen etter første behandling. Levetid etter behandlingen varierte fra tre til 19 år.

FORTOLKNING Basert på de journalene hvor det var dokumentert at pasienten ikke samtykket, ble elektrokonvulsiv terapi gitt kun for å redde liv.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) har i mer enn 70 år vært benyttet ved alvorlig depresjon og ved sjeldne tilstander som katatoni og delirisk mani. Behandlingen gis under kortvarig anestesi to til tre ganger i uken, til sammen gjerne åtte behandlinger i en serie. Ved tilbakefall eller en ny episode gis gjerne en ny serie.

Informert samtykke er i dag et sentralt tema i all klinisk praksis, og hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke (1). Lov om psykisk helsevern fra 1961 omtalte ikke manglende samtykke, og den alminnelige rettsoppfatningen i årene etter 1961 var å gi alvorlig sinnslidende mennesker som var tvangsinnlagt adekvat og faglig forsvarlig psykiatriske behandling selv om det ikke forelå samtykke (2). Krav om samtykke til elektrokonvulsiv terapi ble spesifisert i 1984 (3). I de siste 30 år har det skjedd store endringer når det gjelder medbestemmelsesperspektivet, og kravene til samtykke, journalføring og vurdering av samtykkekompetanse er skjerpet i lover og forskrifter. I dag skal et samtykke helst være skriftlig, og det skal journalføres. I tillegg skal legen vurdere, begrunne og dokumentere om pasienten har kompetanse til å gi samtykke (1, 4).

Dersom pasienten ikke gir samtykke, kan elektrokonvulsiv terapi kun gis unntaksvis i spesielle nødrettssituasjoner i henhold til straffeloven § 47 (5, 6). Vilårene for nødrett krever at det foreligger en uavvendelig fare for pasientens liv eller for alvorlig helseskade. Risikoen må være betydelig, og den foreliggende faren må ikke kunne avverges på noen annen, mindre inngripende

måte. Behandling med hjemmel i nødrett kan kun iverksettes for å avverge den akutte faren (5).

Det finnes meg bekjent ingen studier der man har beskrevet samtykke til elektrokonvulsiv terapi ved norske psykiatriske sykehus. Vi har tidligere omtalt behandlingsmetoden, virkning, bivirkninger og tilbakefall ved Dikemark sykehus i perioden 1960–95 (7–9). I den aktuelle studien brukes samme materialet til å utrede i hvilken grad samtykke til ECT-behandlingen var dokumentert og hvordan det gikk med de pasientene som fikk behandlingen uten å gi samtykke.

Materiale og metode

Studien er basert på en gjennomgang av ECT-protokollene (og pasientjournalene til alle pasienter hvor det forelå ECT-protokoll) for perioden 1960–95 ved tre avdelinger ved Dikemark sykehus. 141 personer fikk totalt 241 serier og 1 960 enkeltbehandlinger. Fem av de 141 pasientene som fikk behandlingen i perioden 1960–95, hadde fått til sammen 11 ECT-serier ved sykehuset i perioden 1952–59. Disse seriene er også inkludert i materialet. Materialet er beskrevet i detalj tidligere (7–9).

Journalene er systematisk gjennomgått for å finne dokumentasjon på om behandlingen ble gitt etter samtykke eller ikke. Forfatteren registrerte diagnoser (rediagnostisert etter ICD-10) og bivirkninger samt skåret effekt av behandlingen basert på journalopplysningene. 22 tilfeldige journaler ble trukket ut og gjennomgått av en uavhengig vurderer. Det var tilfredsstillende samstem-

Kjell Martin Moksnes

kjell.martin.moksnes@ulleval.no

Alderspsykiatrisk avdeling

Senter for psykisk helse, lokalfunksjoner

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

> Se også side 2022

HOVEDBUDSKAP

Samtykke til elektrokonvulsiv terapi ved Dikemark sykehus var mangelfullt dokumentert i journalen i perioden 1960–95

Dokumentasjonen ble bedre i 1980–90-årene

I de få tilfellene der det var dokumentert at samtykke ikke var gitt, ble behandlingen gitt i nødrett

Alle de som ikke samtykket, ble ifølge journalen bedre av ECT-behandlingen

Tabell 1 Pasientens innstilling til første- og senere ECT-serier ved Dikemark sykehus i perioden 1960–95 slik det fremgår av journalen

	Første serie ¹ (n = 141)		Senere serier ¹ (n = 100)	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Ba om ECT-behandling ved innleggelsen	6	(4)	10	(10)
Samtykket etter anbefaling	39	(28)	20	(20)
Samtykket etter vegring	21	(15)	4	(4)
Samtykket ikke	7	(5)	0	(0)
Intet notert i journalene	68	(48)	66	(66)
Totalt	141	(100)	100	(100)

¹ Av totalt 241 serier ble 11 gitt før 1960, fem førstegangsserier og seks senere serier

Tabell 2 Dokumentasjon av samtykke i pasientjournalen ved ECT-serier ved Dikemark sykehus i perioden 1960–95

År	Totalt antall serier	Journalført samtykke	Journalført ikke samtykke	Intet notert om samtykke	Samtykkespørsmål journalført	
					Antall	(%)
1960–69	22	7	0	15	7	(32)
1970–79	29	3	0	26	3	(10)
1980–89	93	38	4	51	42	(45)
1990–95	86	49	3	34	52	(60)
Sum	230¹	97	7	126	104	(45)

¹ 11 serier i totalmaterialet på 241 serier ble gitt før 1960 og er ikke inkludert i tabellen

mighet målt ved kappaverdier for både diagnoser, bivirkninger og skåring av effekt (7).

Effekt av behandlingen ble klassifisert på følgende måte:

- *Mye bedret:* Gjenvinning av premorbid funksjonsnivå med full remisjon av symptomer, noe som førte til at pasienten ble utskrevet fra sykehuset innen fire uker
- *Bedret:* Bedring av symptomer og funksjonsnivå, men med restsymptomer som førte til at pasienten ikke kunne utskrives fra sykehuset i løpet av de første fire ukene

Etikk

Studien er godkjent av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

Resultater

Beskrivelse av samtykke i journalene

Samtykkespørsmålet var beskrevet i journalen ved 107 av 241 behandlingsserier (tab 1). Det var en tendens til at samtykkespørsmålet ble dokumentert i flere journaler

i siste del av perioden (tab 2). Ved de tre avdelingene var samtykke beskrevet i henholdsvis 41 %, 47 % og 74 % av journalene. Pasientens samtykkekompetanse var ikke berørt i noen av journalene.

For de 141 pasientenes første ECT-serie ved Dikemark var samtykkespørsmålet dokumentert i 73 tilfeller. Seks pasienter ba om å få behandlingen. 39 pasienter samtykket da legen anbefalte ECT-behandling og 21 pasienter vegret seg for å gi samtykke, men samtykket senere etter mer informasjon og fornyede anbefalinger (tab 1). Til tross for gjentatte anbefalinger og informasjon var det sju pasienter som ikke ga samtykke, men som likevel fikk ECT-behandling (se nærmere beskrivelse under). For 18 pasienter fremgår det av journalen at elektrokonvulsiv terapi ble gitt på vital indikasjon. Av disse hadde fem samtykket til behandlingen, hos seks var samtykke ikke dokumentert, de resterende var de sju pasientene som ikke ga samtykke.

Samtykkespørsmålet var dokumentert i 34 av de 100 senere seriene. I ti av disse ba pasienten om ECT-behandling, 20 samtykket etter anbefaling og fire samtykket etter først å ha vegret seg for det. Det var ikke notert behandlinger med manglende samtykke (tab 1). I fire av 100 serier ble ECT-behandling gitt på vital indikasjon – to pasienter samtykket, mens intet var notert om samtykke hos de andre to.

Manglende samtykke

I sju tilfeller var det dokumentert i journalen at pasienten ikke hadde samtykket til ECT-behandling. De sju pasientene hadde en median alder på 68 år (spredning 56–82 år). ECT-seriene ble gitt i perioden 1981–94. Alle sju hadde ifølge journalene depresjon av psykotisk grad, enten i form av alvorlig bipolar depresjon, tilbakevendende alvorlig depresjon eller alvorlig førstegangsdepresjon (ramme 1). Alle sju fikk behandlingen på vital indikasjon under nødrett, da man vurderte at det var stor fare for pasientens liv uten ECT-behandling. Pasientene var preget av redusert allmenntilstand, med en median vekt på 47 kg (spredning 44–57 kg). Manglende næringsinntak var beskrevet som hovedgrunnen til vital indikasjon hos alle sju. De pårørende ble informert i alle tilfellene og samtykket til at det skulle gis elektrokonvulsiv terapi.

Ifølge journalene viste alle sju tegn på bedring allerede dagen etter første behandling. Alle ble klassifisert som bedre, og seks som mye bedre. Det var beskrevet bivirkninger hos tre av de sju i form av forbigående glemsomhet/kortvarig forvirring. Median levetid etter behandlingen var ni år (spredning 3–19 år).

ECT-behandlingen ble gjennomført på vanlig måte. Sykehusets indremedisiner vurderte pasientene kontinuerlig. De ble orientert om vurderingene som ble gjort og fikk komme med sine synspunkter. Kontrollmyndighetene ble orientert underveis og etter avsluttet behandling. Ifølge journalene satte ikke pasientene seg kroppslig eller på annen måte til motverge når beslutningen var tatt, og noen virket tilfreds med at andre hadde bestemt behandlingen. Det fremgår ikke av journalene om pasientene ble spurt på ny for hver behandling. Alle pasientene var ifølge journalene i ettertid takknemlige for behandlingen, og noen ga uttrykk for at de ønsket å få elektrokonvulsiv terapi på nytt om de skulle få tilbakefall. Fire av de sju fikk tilbakefall og samtykket til senere ECT-serier.

Diskusjon

I løpet av 36 år var det ved Dikemark dokumentert at sju pasienter fikk ECT-behandling uten å gi samtykke. Alle hadde dype depresjoner av psykotisk grad, og sykdomsinnsikten syntes å være mangelfull (ramme 1).

Bevisstheten om journalføring av samtykke-spørsmålet syntes å øke i 1980–90-årene.

I Skottland viste The National Audit of ECT at rundt 1 000 pasienter fikk behandlingen hvert år og at 82 % ga samtykke. Resten fikk behandlingen under sikkerhetsforskrifter for lov om mental helse av 1984 (10). I en kanadisk studie var 6 % av de frivillig og 36 % av de ufrivillig hospitaliserte pasientene som fikk elektrokonvulsiv terapi vurdert som ikke-samtykkekompetente (11).

Pasientautonomi og samtykkekompetanse

To grunnleggende prinsipper i dagens medisinske praksis er å hjelpe den som har behov for hjelp og respektere vedkommendes autonomi. Noen ganger kommer disse prinsippene i konflikt med hverandre. Pasienten har rett til å avstå fra behandling (1). Særlig vanskelig er situasjonen når vedkommende er svært syk og nekter å motta behandling og dette fremstår som irrasjonelt.

Pasientens kompetanse til å samtykke var ikke berørt i noen av journalene. Kravene om vurdering av dette er kommet til senere. Pasientrettighetsloven skiller nå mellom pasienter som har kompetanse til å samtykke og pasienter som ikke har det (1). For å ha samtykkekompetanse eller beslutningskompetanse kreves mental kapasitet til å forstå, vurdere, bedømme, gjøre fornuftsbeslutninger og kunne uttrykke en mening. Pasientrettighetsloven § 4-3 peker på noen forhold som skal vurderes for å avgjøre om pasienten er samtykkekompetent (1). Foreligger det fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning kan dette affisere kapasiteten til å ta kompetente valg. Vurderingen av samtykkekompetansen skal være begrunnet og skriftlig og skal straks legges frem for pasienten og de nærmeste pårørende (1).

Tidligere studier tyder på at alvorlig deprimerte pasienter som regel er i stand til å gi et gyldig samtykke til eller avslag på et tilbud om elektrokonvulsiv terapi (12), mens pasienter med psykotisk depresjon kan ha redusert beslutningskapasitet på grunn av kognitiv svekkelse, manglende forståelse eller vrangforestillinger (13).

Dette innebærer noen dilemmaer. Hva med pasienter som har samtykkekompetanse, men samtykker eller avslår på irrasjonelt grunnlag? Hvordan skal man forholde seg til en irrasjonell begrunnelse? For eksempel: «Jeg avslår ECT, fordi ingen behandling kan hjelpe meg.» Noen mener at pasientens selvbestemmelsesrett skal respekteres uansett hvor irrasjonell tenkningen er dersom det ikke er fare for livet (14). Hva så med pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som sier ja til behandlingen på irrasjonelt grunnlag? «Gi meg behandling,

for jeg er et dårlig menneske og fortjener å dø.» Noen vil nok akseptere dette som et gyldig samtykke, men er det legitimt?

Studien gir ikke svar på hvor mange som samtykket av irrasjonale grunner eller hvor mange som ble anbefalt ECT-behandling, men som sa nei og ikke fikk. Å nekte behandling er langt ifra ensbetydende med manglende innsikt. Det er mange eksempler på pasienter som ikke ønsker elektrokonvulsiv terapi og heller foretrekker samtaletterapi, legemiddelbehandling og andre tiltak.

Etter dagens rett kan elektrokonvulsiv terapi kun gis etter gyldig samtykke eller i henhold til nødrett (2). Det kan imidlertid være et etisk problem at ikke-samtykkekompetente pasienter ikke får denne effektive behandlingen før det foreligger en nødrettsituasjon.

Nødrett

De sju pasientene som ikke samtykket hadde ingen akutt sykdom, men en gradvis forverring som foregikk over uker. Behandlerne hadde i lang tid hatt daglig kontakt med pasienten for å få til et samarbeid om videre behandling. Gjennomgang av journalene viste tydelig at helsepersonellens argumenter ikke ble forstått. Regelen ved Dikemark var at pasientens pårørende alltid ble informert om behandlingen. Når en nødrettsituasjon oppsto og pasienten ikke samtykket, ønsket behandlerne helst en skriftlig bekreftelse fra de pårørende om at de godtok behandlingen. Etter samtaler i kontrollkommisjonen var sykehusets praksis etter 1984 at overlegen som sto ansvarlig for avgjørelsen, underrettet Fylkeslegen og kontrollkommisjonen skriftlig om at elektrokonvulsiv terapi ville bli gitt dersom en livstruende situasjon oppsto.

Nødrettsituasjonen skyldtes livstruende næringsvegning hos alle sju. De var i en sultsituasjon med hurtig vekttap og elektrolyttforstyrrelser, men de var ennå ikke bevisstløse. Andre tilgjengelige behandlingsformer var forsøkt. Sannsynligvis ville ingen av dem ha overlevd uten ECT-behandling. Helsetilsynet har uttalt at livreddende tiltak i slike situasjoner kan forsvares når det ikke foreligger alternative lovlige måter å avverge faren på (5). Nødretten gjelder imidlertid kun ved akutt fare. I de aktuelle tilfellene vil dette tilsvare få dager til pasientene ble bedre og begynte å spise og drikke, men det fremgår ikke av journalene om pasientene ble spurt på ny for senere behandlinger i serien.

Styrke og svakhet

Svakheten ved studien er dens retrospektive design og at samtykke kun var omtalt i halvparten av journalene. Omstendighetene omkring behandling uten samtykke var så spesielle at det er sannsynlig at disse behandlingene ble nøye journalført, og etter 1980

RAMME 1

Sju pasienter fikk ECT-behandling uten å samtykke

Alle hadde tidligere hatt flere langvarige innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det var forsøkt samtalebehandling, behandling med mer enn tre ulike antidepressiver og minst en til to ulike nevroleptika. Alle hadde vært alvorlig deprimert i flere måneder og var preget av alvorlige depresjonssymptomer og apati, oppgitthet, uro, selvmordstanker, dehydrering og stor grad av spisevegning, som førte til en livstruende situasjon med elektrolyttforstyrrelser og hurtig vekttap. Noen var sengeliggende og hadde gangvansker. Her er noen eksempler på psykotiske symptomer og manifestasjoner som ikke lot seg korrigere:

- «Jeg vil aldri bli bra. All behandling er bortkastet. Verden vil gå under»
- Søvnløshet, uro, engstelse, forvirring og psykose
- Isolering, stort vekttap på kort tid, negativ innstilling
- Lang latenstid, dødsønsker, alt var et ork
- Kroppslige vrangforestillinger
- Utflytende, rotete, mye gråt, forpint, tilstivnet, stirrende
- Slo, spisevegrende, ønsket å dø
- «Ingenting nytter. Jeg er ikke syk, bare et dårlig menneske, ingen leger kan hjelpe meg»

fulgte kontrollkommisjonen disse situasjonene nøye. Det er derfor god grunn til å anta at elektrokonvulsiv terapi uten samtykke i større grad ble notert i journalen enn når pasienten samtykket og behandlingen kunne gis på vanlig måte. Imidlertid var det åtte tilfeller av ECT-behandling gitt på vital indikasjon uten at samtykke var omtalt i journalen, og det kan ikke utelukkes at det var flere enn de sju som ikke samtykket til behandling.

De sju som ikke samtykket, ble vurdert som bedre etter behandlingen. Spørsmålet er om behandlerne kan ha vurdert resultatet for positivt, siden behandlingen ble gitt i nødrett. Det var sikkert viktig for dem å dokumentere god effekt og at bruken av elektrokonvulsiv terapi var forsvarlig.

Styrken er at studien er naturalistisk, at alle pasienter som fikk ECT-behandling i disse 36 årene er med og at deres levetid kunne dokumenteres.

Oppsummering

Pasientens syn på elektrokonvulsiv terapi syntes i økende grad å bli dokumentert

i 1980–90-årene, særlig ved førstegangs-seriene. Sju pasienter med alvorlig psykotisk depresjon og livstruende næringsvegring fikk behandlingen uten å gi samtykke. Alle sju ble ifølge journalene bedre etterpå.

Jeg takker professor Stein Opjordsmoen Ilner ved Oslo universitetssykehus for gode råd.

Kjell Martin Moksnes (f. 1942)

er spesialist i psykiatri med fordypningsområde alderspsykiatri. Han var tidligere avdelings-overlege ved Alderspsykiatrisk avdeling og har 40 års klinisk erfaring i faget. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Pasientrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html [13.5.2013].
2. Ot.Prp. nr. 11 (1998–99). Kap 8.4.1 www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-11-1998-99-.html?showdetailedtableofcontents=true&id=159399 [13.5.2013].
3. Kommentar til forskrift av 21. september 1984 om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern. Rundskriv IK-17/92, 15. mars 1992. Oslo: Helsedirektoratet, 1992.
4. Psykisk helsevernloven. LOV-1999-07-02-62. www.lovdato.no/all/hl-19990702-062.html [13.5.2013].
5. Grammeltvedt G. Kan elektrokonvulsiv behandling gis med tvang? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2537.
6. Straffeloven. LOV-1902-05-22-10. § 47. www.lovdato.no/all/nl-19020522-010.html [13.5.2013].
7. Moksnes KM, Opjordsmoen Ilner S. Elektrokonvulsiv terapi – virkninger og bivirkninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 2460–4.
8. Moksnes KM, Vatnaland T, Eri B et al. Elektrokonvulsiv terapi i Ullevål sektor i Oslo 1988–2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1750–3.
9. Moksnes KM. Tilbakefall etter elektrokonvulsiv terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 1991–3.
10. Fergusson GM, Cullen LA, Freeman CPL et al. Electroconvulsive therapy in Scottish clinical practice: a national audit of demographics, standards, and outcome. J ECT 2004; 20: 166–73.
11. Martin BA, Peter AM. Civil commitment and consent for electroconvulsive therapy in Ontario. Can J Psychiatry 1987; 32: 35–42.
12. Appelbaum PS, Grisso T, Frank E et al. Competence of depressed patients for consent to research. Am J Psychiatry 1999; 156: 1380–4.
13. Owen GS, David AS, Richardson G et al. Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric inpatients: a cross-sectional study. Psychol Med 2009; 39: 1389–98.
14. Culver CM, Ferrell RB, Green RM. ECT and special problems of informed consent. Am J Psychiatry 1980; 137: 586–91.

Mottatt 7.7. 2012, første revisjon innsendt 21.11. 2012, godkjent 4.6. 2013. Redaktør Siri Lunde Strømme.