

# Tvangsmedisinering må forbyes

Dagens praksis med omfattende tvangsmedisinering av pasienter innen psykisk helsevern kan ut fra gjeldende kunnskapsgrunnlag ikke forsvares rettslig. Praksisen er i strid med loven og menneskerettighetene. For den psykisk syke pasienten er det en fundamental mangel på rettssikkerhet.

Fra antipsykotiske midler ble introdusert i første halvdel av 1950-årene og frem til begynnelsen av 1980-årene da det – etter Reitgjerdet-skandalen – ble gitt lov hjemmel og tilknyttede forskrifter om tvangsmedisinering, var dette uregulert og underlagt overlegens faglige skjønn. Forskriftene fastsatte vilkår for tvangsmedisinering som i hovedsak samsvarer med dem som gjelder i dag.

I gjeldende lov om psykisk helsevern er adgangen til tvangsmedisinering regulert i § 4-4. Vilkårene er blant annet at det er forsøkt å oppnå samtykke fra pasienten eller dette er åpenbart nytteløst, at behandlingen med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring eller at pasienten unngår en vesentlig forverring, og at den positive virkningen klart oppveier eventuelle bivirkninger.

Lovforarbeidene postulerer som utvilsomt at antipsykotiske midler generelt har overveiende positive effekter i behandlingen av psykotiske tilstander. Det er ikke gjennomført noen drøfting av prinsipielle spørsmål knyttet til tvangsmedisinering. Av lovproposisjonen fremgår det at det sentrale vilkåret om stor sannsynlighet for positiv behandlingseffekt for den individuelle pasient, tar sikte på å bringe bestemmelsen i overensstemmelse med artikkel 3 i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), som forbyr tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Tvangsbehandlingsvedtak kan påklages til fylkesmannen, i realiteten fylkeslegen.

## Medikamentell tvangsbehandling i Norge

I 2014 var det ifølge Norsk pasientregister 2 513 tvangsbehandlingsvedtak (1 502 pasienter), hvorav 94 % gjaldt tvangsmedisinering (1). Tallene er usikre, blant annet er det ukjent hvor mange som er under tvungen omsorg uten døgnopphold med tvangsmedisinering (2). Omfanget av tvangsmedisinering har holdt seg stabilt høyt. På samme måte som for tvangsinnleggelse er det stor regional og institusjonell ulikhet i bruken.

Et påfallende element i tvangspsykiatrien er at pasientene i vid utstrekning antas å være kompetente til å gi informert samtykke til medisinering, men at de mangler enhver rett til å nekte. Mange samtykker under trusselen om at medikamentene ellers vil bli påtvunget dem. Utover den reelle tvangen er det problematisk å fastslå hvor informert et slikt samtykke er. Tvangsstatistikken fanger heller ikke opp et ukjent

antall pasienter som formelt ikke er under tvang og tar sine medikamenter tilsynelatende frivillig, men i realiteten gjør det under trussel om reetablering av tvangsvern med tvangsmedisinering.

Fylkesmennene/fylkeslegene behandlet i 2014 totalt 1 058 klager om behandling uten pasientens samtykke i det psykiske helsever-

«På tross av alminnelig enighet om at tvangsmedisinering er blant de mest belastende og integritetskrenkende inngrep samfunnet utsetter sine borgere for, har det vært truffet titusenvis av ulovlige vedtak»

net. 5 % av vedtakene ble opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil. 3 % av klagen ble gitt medhold, i realiteten slik at vedtaket ble endret (1).

## Kunnskapsgrunnlaget for tvangsmedisinering

Opp gjennom årene er det stadig fremhevet, også fra faglig hold, at kunnskapsgrunnlaget for medikamentell behandling er altfor mangelfullt som grunnlag for tvangsbehandling. I de senere år er kritikken av kunnskapsgrunnlaget intensivert (3–5). Vitenskapsjournalist Robert Whitakers bok har fått internasjonal oppmerksomhet. Den ble i 2011 positivt anmeldt i *The New York Review of Books* av Marcia Angell, tidligere sjefredaktør i *The New England Journal of Medicine* (6, 7). Dette førte til en interessant meningsutveksling med tre ledende psykiatere (8).

Etter anmodning fra Stortingets helse- og omsorgskomite om en vurdering av behovet for behandlingskriteriet i loven avga en arbeidsgruppe, nedsatt av Helsedirektoratet og ledet av professor Jan Fridthjof Bernt, i juni 2009 en utredning om dette (9). I den ble det påpekt at kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang var mangelfullt og måtte

avhjelpes, og at det særlig burde «fokuseres på kunnskapsgrunnlaget for behandling med legemidler uten eget samtykke». Etter arbeidsgruppens anbefaling ble det nedsatt et lovutvalg, Paulsrud-utvalget, hvis utredning, *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, tok oppfordringen om å utrede kunnskapsgrunnlaget for tvangsmedisinering alvorlig (10).

Under henvisning til rapport nr. 8/2009 fra Kunnskapscenteret for helsetjenesten (11) sier utvalget om effekten ved akutte psykosier at den er moderat, men bedre enn placebo: «Den absolutte forskjellen i risiko for ikke å nå bedringsmålet er stort sett mellom 10 og 20 prosent i de refererte undersøkelsene. Antallet pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring (Number Needed to Treat), er fra 5 til 10» (10). Ifølge utvalgets undersøkelser er antipsykotiske midler omtrent like effektive ved akutte manier i bipolare lidelser som ved akutte psykotiske episoder. Ulike preparater har en temmelig lik positiv effekt på gruppenivå.

Når det gjelder vedlikeholdsbehandling, påpekes det blant annet at det er lite forskning på «hvordan langtidsforløpet er ved schizofreni om man bruker antipsykotika i anbefalte døgndoser, i minimalt omfang eller ikke i det hele tatt. (...) En meta-analyse av studier som sammenligner effekten av andre generasjons antipsykotiske midler og placebo, konkluderer med at faren for tilbakefall blir redusert med omtrent 25 prosent. Det tilsier at man vil forhindre ett tilbakefall for hver fjerde pasient som blir behandlet i et år eller to. Ved bipolare lidelser er den forebyggende effekten svakere dokumentert, men noen antipsykotiske midler ser ut til å forebygge nye maniske eller depressive episoder».

Utvalget sier seg kjent med «en bred og begrunnet kritikk av langtidseffekten av antipsykotika» og viser dessuten at det ikke er belegg for det fremdeles ofte brukte argument om de antipsykotiske midlenes revolusjonerende virkning ved introduksjonen i 1950-årene (10).

På bakgrunn av tvangspsykiatriens omfattende bruk av antipsykotiske midler og klokertro på deres behandlingsresultater viser Paulsrud-utvalget forbløffende lave positive effekter på gruppenivå. Muligheten for å forutsi hvem som eventuelt vil ha nytte av behandlingen, er tilsvarende lav. På den annen side er risikoen for alvorlige bivirkninger i fullt monn til stede.

Innstillingen inneholder også en oversikt over de særdeles alvorlige psykiske, moto-

riske og metabolske bivirkningene pasienten risikerer ved bruk av antipsykotiske midler. Mens de positive effektene på gruppenivå ifølge Paulsrud-utvalget er på henholdsvis 10–20 % og 25 %, mener professor Peter C. Gøtzsche, leder ved Det Nordiske Cochrane Center i København, at den forskningens metaanalyse bygger på, er misvisende, og at de positive effektene i realiteten er atskillig mindre. Ifølge ham er bivirkninger og negative langtidseffekter enda alvorligere enn utvalget gir uttrykk for, ikke minst gjelder det forverring og kronifisering og betydelig overdødelighet (4, 12).

I høringsrunden etter Paulsrud-utvalgets innstilling uttalte Senter for medisinsk etikk: «Vi har ikke forskningsmessig belegg for å si at tvangsbehandling har positiv effekt, og vi vet at skadevirkningene ved bruk av tvang i psykisk helsevern er påtagelige» (13). Den norske legeforening sa i en høringsuttalelse seg enig i «utvalgets syn på at behandling med farmakologiske midler kan gi god effekt for enkelte pasienter» – kursivert her (14).

### Gjeldende praksis er ulovlig

I kapittel 15 sier utvalget at effekten av antipsykotika, inkludert skadevirkninger, «gjør det prinsipielt problematisk å ha en generell hjemmel til tvangsmedisinering». Utvalgsflertallet går likevel inn for dette og «vil peke på at legemidler, tross alle innverdinger, fremdeles er den best dokumenterte og etterprøvede behandlingsmetoden for de alvorligste psykiske lidelsene på gruppenivå» (10).

Argumentasjonen er egnet til å forundre. Det spørsmålet rettslig sett gjelder, er ikke om behandling med legemidler er best dokumentert på gruppenivå, men om behandlingen før igangsetting med stor sannsynlighet kan dokumenteres å føre til helbredelse eller vesentlig bedring for nettopp denne pasienten. På bakgrunn av utvalgets prinsipielle syn om at lovgivningsarbeidet må være kunnskapsbasert, skulle man vente at det i sine vurderinger ville vist til egne undersøkelser om effektene av antipsykotiske midler. Dette er det imidlertid ingen spor av i utvalgets vurderinger. Heller ikke er det spor av det under drøftingen av lovens behandlingskriterium, der omtrent det samme sies som i sitatet over, under henvisning til anbefalinger fra «en rekke komiteer og arbeidsgrupper sammensatt av fremstående eksperter».

I kapittel 19, i bemerkningene til lovutkastets § 5-4 om tvangsbehandling, fastslår utvalget at loven ikke etterleveres i praksis. Grunnen er «at kravet om 'stor sannsynlighet' framstår som urealistisk, særlig der man står overfor nye pasienter» (10). Det fremgår altså at tvangspsykiatrien effektivt har sabotert lovens krav i de 30 år det har eksistert. På tross av alminnelig enighet om at tvangsmedisinering er blant de mest belastende og integritetskrekkende inngrep samfunnet utsetter sine borgere for, har det

vært truffet titusenvis av ulovlige vedtak uten at behandlere, klageinstanser eller helsemyndigheter har gitt lyd fra seg.

Paulsrud-utvalget foreslår å senke beviskravet til «overveiende sannsynlig», uten å nevne at forutsigbarheten av positiv effekt etter utvalgets egne undersøkelser er langt under 50 % på individnivå. At lovens strenge beviskrav er oppstilt ut fra torturforbudet i Den europeiske menneskerettskonvensjon, har heller ikke interessert utvalget.

Det dramatiske ved dette er ikke bare at fagmiljø og helsemyndigheter i alle år har påstått at kravet om stor sannsynlighet uten problemer kunne oppstilles. Men når det nå er påvist at tvangsbehandlingspraksisen

«Overfor tvangspasienter som ikke har noe fritt valg, er frivillig samtykke oftest en illusjon»

nærmest har vært et stort ulovlig eksperiment i strid med torturforbudet, hvor mange er feilbehandlet for hver som har hatt nytte av medisineren, møtes det med en øredøvende taushet. Tvangspsykiatrien og helsemyndighetene trekker på skuldrene og praksisen fortsetter som før – i strid med loven.

Også i somatikken er muligheten for å forutsi positive effekter av et medikament ofte dårlig og behandlingen er et forsøk – i håp om positive virkninger. Noe ganske annet er å la et slikt håp danne grunnlag for tvangsbehandling, under oppblåsning av medikamentenes positive virkninger og bagatellisering av de negative. Dette anskueliggjør et vedvarende problem i tvangspsykiatrien. Menneskene her har få forsvarstemmer – verken politikere, helsebyråkrater, mediene eller publikum har interessert seg synderlig for dem, utover den stort sett negative oppmerksomheten som følger i kjølvannet av en dramatisk hendelse. At det vedvarende brukes altfor mye eller ulovlig tvang som skader mennesker, ses nærmest som en nødvendig omkostning ved «helsehjelp» gitt i beste mening. Tvangen har derfor – på tross av tallrike tiltaksplaner – over år vært stabilt høy, en sovepute som har hindret utvikling av frivillige behandlingsalternativer.

Ifølge Paulsrud-utvalget er lovens krav for strengt – «især for nye pasienter». Dette er en besynderlig uttalelse. Alle pasienter har en gang vært nye. At man ikke kan prøve seg frem med tvang, er åpenbart. Og overfor tvangspasienter som ikke har noe fritt valg, er frivillig samtykke oftest en illusjon. Dessuten skal samtykket være informert, personen skal forstå de begrensede

mulighetene for positiv effekt og risikoen for alvorlige bivirkninger og at behandlerne mener man bør prøve seg frem. Det er i dag neppe holdepunkter for å tro at det gis opplysninger som er tilstrekkelige for et informert samtykke.

### Ingen rettssikkerhet i systemet

Som det fremgår av det foregående er det ingen rettssikkerhet knyttet til tvangsmedisinering. Loven etterleveres simpelthen ikke. Det innebærer selvfølgelig også at den lovbestemte plikten til å begrunne slike vedtak ikke etterleveres (13). I vedtakene postuleres det stor sannsynlighet for positiv effekt – uten nærmere begrunnelse. Fylkeslegen som klageinstans foretar sjelden en selvstendig realitetsvurdering og er stort sett et sandpåstrøingsorgan. Illustrerende er at bare 3 % av klagerne i 2014 fikk medhold i realiteten (1). Helse- og omsorgsdepartementet har motarbeidet gjentatte forslag om å gi pasientene adgang til domstolsbehandling av tvangsbehandlingsvedtak.

I utskrivningssaker legger domstolene med Høyesterett i spissen ukritisk til grunn tvangspsykiatriens påstander om effekter, positive som negative, og det tas for gitt at lovens tvangsmedisineringsvilkår er oppfylt. Det er intet rettslig i veien for at domstolene, som skal prøve alle sider av saken, kontrollerer tvangsmedisineringsvedtak i en utskrivningssak, men det skjer ikke i praksis.

Etter noen positive avgjørelser i 1980-årene har Høyesteretts praksis vært svært negativ for pasientenes autonomi og rettssikkerhet. Lovens behandlingsvilkår er tolket sterkt utvidende; pasienter uten psykotiske symptomer, ifølge tvangspsykiatrien på grunn av antipsykotika, er fratjent enhver autonomi og rett til å nekte medisineren; pasienter er nektet utskrivning selv ved grove saksbehandlingsfeil og brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjon; ankesamtykkepraksisen er særdeles restriktiv, selv anke fra en pasient som var nærmest kontinuerlig reimet i flere år, er nektet; i de 11 utskrivningssakene som er behandlet siden 2001, har ingen fått medhold (2).

### FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) er det sentrale menneskerettsinstrumentet for beskyttelse av rettighetene til mennesker med nedsatt fysisk, mental eller psykososial funksjonsevne. Artikkel 12 og artikkel 14 slår fast at funksjonshemmede har rettslig handleevne og rett til frihet og sikkerhet på lik linje med alle andre. Nedsatt funksjonsevne skal ikke kunne rettferdiggjøre frihetsberøvelse.

Konvensjonen er ratifisert av Norge, med to tolkningserklæringer som klargjør at myndighetene forstår konvensjonen slik at det norske tvangsregimet oppfyller konvensjonskravene. Regimet er i strid med kon-

vensjonen slik den forstås av FNs CRPD-komité, som overvåker at den etterlevs. Konvensjonen forutsetter, ifølge komiteen, at tvangsregimer som det norske utvikles og erstattes med et system for «supported decision-making».

Det norske standpunktet er preget av nedlatende holdninger til CRPD-komiteen, også reflektert i en høyesterettsdom fra 2016 (HR-2016-01286-A) som ikke nevner komiteens konsistente konvensjonsforståelse og praksis, men støtter seg til en uttalelse av professor Aslak Syse, som er på linje med norske myndigheters syn.

En tilleggsprotokoll til konvensjonen, som etablerer en individuell klageordning til komiteen, vil ikke bli sanksjonert. Den norske oppfatningen synes å være at knapt noen av traktatpartene har antatt at konvensjonen ville kunne forstås slik komiteen gjør, og at denne samstemmige statsoppfatningen må være avgjørende ved tolkningen. Det er under enhver omstendighet grunn til å tro at konvensjonen og komiteens forståelse etablerer et paradigmeskifte som over noen tid vil sette sitt preg på utviklingen så vel nasjonalt som internasjonalt.

Dette illustreres ved de begrensede lovendringer som formodentlig vedtas med det første (15). Her stilles som vilkår for bruk av tvang at pasienten ikke er samtykkekompetent. Dersom pasienten er samtykkekompetent, kan tvang bare benyttes der vedkommende er til fare for seg selv eller andre. Videre innskjerpes kravene til begrunnelse av tvangsvedtak, observasjonstiden før medisineringsvedtak kan iverksettes utvides til fem døgn, og det etableres fritt rettsråd for advokathjelp ved klage over tvangsmedisinering.

Flikking på lov om psykisk helsevern har aldri medført reduksjon i bruken av tvang, og det er tvilsomt om de nå vedtatte endringer vil få nevneverdig effekt. Blant annet er

det grunn til å frykte at flere vil bli ansett for å være til fare for seg selv eller at de som er uenige med tvangspsykiatrien, vil bli ansett som åpenbart irrasjonelle og uten samtykkekompetanse. Endringene er likevel prinsipielt viktige.

Det er svært beklagelig at det ikke åpnes for domstolsbehandling av tvangsmedisineringsvedtak som Paulsrud-utvalget mente var langt «på overtid». At det nå er vedtatt fritt rettsråd ved klage, er rettssikkerhetsmessig helt utilstrekkelig. Det er forstemmende at det fundamentale rettssikkerhetsproblemet knyttet til effektene av tvangsmedisinering sett opp mot lovens vilkår og den omfattende ulovlige praksis, ikke verdiges ett ord i lovarbeidet.

**Ketil Lund**  
kl@lundogco.no

Ketil Lund (f. 1939) er advokat og tidligere høyesterettsdommer.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av Rettsvern- og psykiatriutvalget i ICJ Norge – Den internasjonale juristkommisjon, avdeling Norge.

*Dette er en omarbeidet og forkortet versjon av en artikkel av Peter Christian Gøtzsche og Ketil Lund i Kritisk Juss nr. 2/2016 (11), publisert etter tiltalelse fra redaktøren. Gøtzsche er professor i klinisk forsøksdesign og analyse ved Københavns universitet og en av stifterne av Cochrane-samarbeidet. Han har godkjent at denne artikkelen blir publisert i Tidsskriftet.*

#### Litteratur

1. Helsedirektoratet. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf> [17.1.2017].

2. Syse A. Tvungent psykisk helsevern – enkelte kommentarer. *Kritisk Juss* 2016; nr. 4.
3. Lund K. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Særuttalelse om tvangsmedisinering. *NOU* 1988: 8.
4. Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organisert fornektelse. Oslo: Abstrakt forlag, 2015.
5. Whitaker R. En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler. Norsk utgave av: *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, 2010. Oslo: Abstrakt forlag, 2014.
6. Angell M. The Epidemic of Mental Illness: Why? *New York Review of Books* 23.6.2011. [www.nybooks.com/articles/2011/06/23/epidemic-mental-illness-why/](http://www.nybooks.com/articles/2011/06/23/epidemic-mental-illness-why/) [17.1.2017].
7. Angell M. The Illusions of Psychiatry. *New York Review of Books* 14.7.2011. [www.nybooks.com/articles/2011/07/14/illusions-of-psychiatry/](http://www.nybooks.com/articles/2011/07/14/illusions-of-psychiatry/) [17.1.2017].
8. New York Review of Books. 'The Illusions of Psychiatry': An Exchange 18.8.2011. [www.nybooks.com/articles/2011/08/18/illusions-psychiatry-exchange/](http://www.nybooks.com/articles/2011/08/18/illusions-psychiatry-exchange/) [17.1.2017].
9. Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. IS-1370. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
10. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. *NOU* 2011: 9.
11. Pike E, Leiknes KA, Wisløff T et al. Effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjonsantipsykotika ved schizofreni hos voksne. Rapport nr. 08-2009. Oslo: Kunnskapssenteret, 2009.
12. Gøtzsche PC, Lund K. Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk Juss* 2016, nr. 2.
13. Høringsuttalelse fra Senter for medisinsk etikk (SME). <https://www.regjeringen.no/contentassets/a2ae9e5395f14fe8b02804afe7fde9b2/uiomedisinskefak.pdf> [17.1.2017].
14. Høringsuttalelse fra Den norske legeforening. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a2ae9e5395f14fe8b02804afe7fde9b2/dennorskelegeforening.pdf> [17.1.2017].
15. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i psykisk helsevernloven mv. (Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). <https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-147/> [19.1.2017].

Mottatt 20.1.2017 og godkjent 26.1.2017. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.