

Et litteraturstudium om lidelsen schizofreni knyttet opp mot bruken av tvang i psykiatrien



5. årsoppgave i stadium IV – Profesjonsstudiet i
medisin ved Universitetet i Tromsø

Studenter:

Anne Marit Østmo, MK-08

Solvor Olaisen, MK-07

Veileder:

Rolf Wynn

Overlege, professor dr. med., forskergruppe telemedisin, IKM

Tromsø, våren 2012

Innholdsfortegnelse

Forside.....	side 1
Innholdsfortegnelse.....	side 2
Sammendrag.....	side 3
Innledning.....	side 4
Metode.....	side 5
Hva er schizofreni?.....	side 6
Forekomst.....	side 6
Etiologi.....	side 6
Symptomer.....	side 9
Kognitiv svikt.....	side 13
De ulike undergruppene.....	side 16
Prodromalfasen.....	side 18
Diagnostikk.....	side 19
Behandling.....	side 21
Bruk av tvang i psykiatrien.....	side 24
Schizofreni og tvang.....	side 28
Diskusjon.....	side 39
Konklusjon.....	side 45
Referanser.....	side 47

Sammendrag

I denne oppgaven har vi gjort rede for hva diagnosen schizofreni innebærer. Schizofreni er en alvorlig sykdom som rammer mange unge mennesker. Det er blitt skrevet om de typiske symptomene ved sykdommen, hvilke hovedgrupper de schizofrene pasientene kan deles inn i, hvordan noen kan rammes av kognitiv svikt, diagnostikk av schizofreni, behandling av sykdommen og hva prodromalfasen innebærer. Vi har også satt oss inn i de juridiske rammene for bruk av tvang i psykiatrien i Norge, og fordypet oss i forskningsartikler som omhandler emnene schizofreni, bruk av tvang i psykiatrien og det etiske aspektet rundt tvangsbruk. Til slutt har vi foretatt en etisk diskusjon angående bruk av tvang på schizofrene pasienter. I et etisk synspunkt kan vi konkludere med at tvangsbehandling er nødvendig i enkelte tilfeller, fordi helsen til den schizofrene og menneskene rundt må prioriteres foran pasientens autonomi. Det er også slik at en i enkelte tilfeller må anta at sykdommen er årsaken til at pasienten motsetter seg livsnødvendig behandling.

Innledning

Vi har valgt å skrive en oppgave innen emnet psykiatri på grunn av hyppigheten psykiatriske problemstillinger viser i en leges hverdag. I tillegg er det slik at de fleste pasienter som er innlagt i psykiatriske sykehus har diagnosen schizofreni, en tilstand som representerer et stort samfunnsproblem og som forårsaker store samfunnsøkonomiske kostnader (1). Derfor var lidelsen schizofreni et naturlig emne å fordype seg i.

I 2010 ble det brukt tvang ved 18% av innleggelsene i psykiatrien i Norge (2), et tema som det er mye fokus på i media. I en artikkel som ble publisert av iTromsø 26. mars 2011, kommer det frem at Norge er det landet i Europa som benytter seg mest av tvang. I denne sammenhengen er det interessant at 43% av tvangstilfellene i Norge i 2009 skjedde pasienter med schizofreni spektrum lidelser som hoveddiagnose, ifølge avisa iTromsø. På grunn av hyppigheten bruken av tvang har i Norge, det fokuset som er rettet mot å få bruken av tvang redusert, og de traumatiske opplevelsene de kan skape både hos pasienter og pårørende, er det svært viktig å fokusere på tvangsbruk. I den forbindelse har vi i denne oppgaven valgt å gå nærmere inn på lovverket rundt bruk av tvang i psykiatrien. I tillegg har vi sett på forskningsartikler som belyser ulike aspekter i forhold til etikk og tvangstiltak ved psykiatriske institusjoner.

Opgaven er en litteraturstudie der problemstillingen blir en besvarelse av spørsmålene «hva er schizofreni?» «hva sier loven om tvangsbruk i psykiatrien i Norge?», og «kan bruken av tvang i psykiatrien forsvares etisk?».

Metode

Denne oppgaven baserer seg på en studie av faglitteratur skrevet om lidelsen schizofreni og om tvangsbehandling i Norge. Fagbøkene ble valgt ut etter tema og om de var tilgjengelige ved universitetsbiblioteket i Tromsø. Der vi hadde mulighet til å velge mellom norsk og utenlandsk faglitteratur brukte vi norske bøker, da spesielt med tanke på lover og regler. I tillegg er det ved hjelp av PubMed, det norske legetidsskriftet og universitetsbibliotekets nettsider søkt opp forskningsartikler som omhandler disse temaene.

Universitetsbiblioteket har en søkemotor som finner artikler fra flere forskjellige databaser. Søkeordene vi brukte var ulike kombinasjoner av ordene: «Schizofreni», «Schizophrenia», «Tvang», «Coercion», «Psykiatri» og «Psychiatry». Artikkene som kom opp på de forskjellige søkene ble sett igjennom og det ble vurdert om de hadde relevans for studiet vårt eller ikke. Vi hadde ingen forhåndsbestemte inklusjons- eller eksklusjonskriterier for artikkene vi valgte å bruke i vår oppgave. Artikler skrevet på norsk eller med norske forfattere ble likevel valgt ut først. Dette ble gjort fordi vi var spesielt interesserte i norske forhold. Vi har også mottatt publiserte forskningsartikler fra vår veileder Rolf Wynn. Disse artikkene har vi valgt å ta med i studien hovedsakelig på grunn av at de omhandler situasjonen ved psykiatriske institusjoner i Norge.

Hva er schizofreni?

Schizofreni er en psykotisk lidelse som forekommer hyppig (3). Selve begrepet schizofreni stammer fra de greske ordene «skhizein» og «phren», som henholdsvis betyr kløyve og forstand (4). Et menneske med schizofreni er dermed per definisjon en person med et fragmentert eller oppløst sinn (5).

Forekomst

I Norge er insidensen av schizofreni beregnet til 0,17-0,54 per 1000. Dette betyr at det hvert år er omtrent 600 nordmenn som får diagnosen schizofreni. (1) På verdensbasis er insidensen beregnet til 0,1-0,4 per 1000 (6).

Mellom 1,4 og 4,6 av 1000 har diagnosen schizofreni i Norge. Her i landet er det dermed anslått at 12000-15000 mennesker har schizofreni. (1) Prevalensen av schizofreni på verdensbasis er 1,0-7,5 per 1000 (6), og Verdens Helseorganisasjon estimerer at det er 24 millioner mennesker i verden som lider av denne tilstanden. Sykdommen rammer hovedsakelig personer i aldersgruppen 15-35 år. (7)

Risikoen for å utvikle schizofreni i løpet av livet er 1% (1).

Etiologi

Begrepet schizofreni kan ikke regnes som en bestemt sykdom, men heller et syndrom der ulike årsaker gir lignende tilstander med samme karakteristikk. Dette har ført til at man ikke har kommet så langt i forskningen rundt etiologien knyttet til schizofreni, selv om teoriene har vært mange. I tillegg kan det tenkes at schizofreni har en multifaktoriell årsak. Dessuten har det gjennom tidene vært delte meninger om hvilke tilstander som inngår i begrepet schizofreni. Derfor har det vært vanskelig å sammenligne resultater fra ulike forskningsprosjekter. (3)

I forskningen finnes det funn som taler både for og imot hypotesen om at schizofreni er en degenerativ sykdom. Det er gjort studier som tyder på at schizofrene har forstørrede ventrikler og at volumet av enkelte hjerneavsnitt er redusert i forhold til hos friske kontroller. Dette gjelder frontal-, temporal-, parietal- og occipitallappene. I studier av mennesker med høy risiko for utvikling av psykose har disse hjerneforandringene blitt påvist før utvikling av kliniske symptomer på psykotisk lidelse. I tillegg er det hos schizofrene funnet en reduksjon i enkelte kognitive funksjoner, noe som kan tale for en organisk årsak til lidelsen. (5) SPECT-studier har vist at schizofrene også kan ha en avvikende blodgjennomstrømning cerebralt (1).

Imidlertid er det forskningsresultater som ikke er forenelige med teorien om at schizofreni er en degenerativ lidelse. Mye tyder nemlig på at den kognitive svikten hos pasienter med schizofreni ikke forverres etter at lidelsen har kommet til uttrykk. Det kan virke som om tilstanden er relativt stabil i forhold til kognitivt funksjonsnivå. Ved obduksjon av avdøde schizofrene er det heller ikke påvist tegn som indikerer at det har vært celledød i hjernevevet. I tillegg finnes det også pasienter som har vist klinisk forbedring eller som har blitt helt friske fra lidelsen. (5)

En annen teori er at en tidlig utviklingsforstyrrelse, som muligens finner sted i løpet av 2. trimester i svangerskapet, er årsaken til schizofreni. Bakgrunnen for denne hypotesen er at det er vist at det kan være en sammenheng mellom influensa hos mor under 2. trimester og utvikling av schizofreni hos barnet senere i livet. Dessuten er det påvist en korrelasjon mellom fødselskomplikasjoner og utvikling av schizofreni. Dette kan tyde på at det enten har oppstått en utviklingsskade i løpet av fosterlivet, som gjør fødselen vanskeligere enn normalt, eller at barnet har fått varige mén av fødselskomplikasjonene, som senere kan gi sykdom. Et annet funn som også taler for at den eventuelle skaden som fører til schizofreni finner sted tidlig i livet, er at det er funnet en større hyppighet av nevromotoriske abnormaliteter hos barn som på et tidspunkt i livet debuterer med sykdommen. (5) Det er også mulig at lav fødselsvekt er en risikofaktor for

schizofreni. I tillegg har en dansk studie vist at alvorlig stress hos mor under 1. trimester kan være korrelert med utvikling av schizofreni hos barnet. (3)

Forskning knyttet til schizofreni tyder på at lidelsen har en grad av arvelighet, og det er nylig oppdaget at enkelte genvarianter øker risikoen for utvikling av schizofreni. Noen av disse genene er knyttet til reguleringen av nevronal utvikling og immunsystemet. (8) Slektninger og familiemedlemmer til pasienter med schizofreni har en økt livstidsrisiko for debut av psykose i forhold til resten av befolkningen. I tillegg har det blitt vist i tvillingstudier at det er en større risiko for schizofreni hos eneggede enn hos toeggede tvillinger, der den ene av tvillingene har sykdommen. Man har også sett på betydningen av genetikk i adopsjonsstudier, der resultatet også her underbygger hypotesen om genetisk predisposisjon. (5) Det er dessuten funnet en korrelasjon mellom høy alder hos far og schizofreni hos barnet, noe som kan tyde på at økt forekomst av mutasjoner spiller en rolle (3).

Dopaminhypotesen bygger på observasjonen av at det eksisterer en overaktivitet i det dopaminerge systemet hos pasienter med schizofreni. Denne påstanden kommer på bakgrunn av at den farmakodynamiske virkningen bak nevroleptika er en blokkering av D2-reseptorer, som er en undergruppe av dopamin-reseptorer. Forskning har også vist at det er denne effekten som kan være årsaken til den antipsykotiske virkningen som nevroleptika har på schizofrene pasienter. I tillegg er det funnet en sammenheng mellom bruk av amfetamin og symptomer på schizofreni, der friske har fått schizofrene trekk og syke har hatt en forverring. Amfetamin fører i denne sammenhengen til økt utskillelse av dopamin. Ved undersøkelse av avdøde schizofrene er det dessuten påvist at disse menneskene hadde en økt mengde av blant annet D2-reseptorer i sine basalganglier, men det er ikke mulig å utelukke at dette skyldes den medikamentelle behandlingen som blokkerer nettopp disse reseptorene. (1)

En annen hypotese om årsaken til schizofreni er knyttet til aminosyren glutamat. Det er nemlig vist at N-metyl D-aspartat, som blokkerer reseptorer

for glutamat i hjernen, kan indusere psykosen som er forbundet med schizofreni. Dette har ført til en teori om at det foreligger en reduksjon i mengden glutamat cerebralt hos menneskene som utvikler denne sykdommen. I forbindelse med disse funnene er det viktig å nevne at glutamat og dopamin har en gjensidig virkning på hverandre i striatum. (1)

I forskning er det også kommet frem at en lav mengde glutation, eller et redusert nivå av enzymene som inngår i syntesen av glutation, kan være en del av etiologien rundt schizofreni. Glutation er en antioksidant som kroppen lager selv, og noen forskere har påvist at schizofrene har et lavere nivå av dette stoffet i cerebros spinalvæsken. I tillegg har det vært hypoteser knyttet til serotonin i forbindelse med årsaken til schizofreni. (1) Det er dessuten vist at økt nedbrytning eller svekket sekresjon av hormonet kortisol kan øke risikoen for utvikling av alvorlig psykisk lidelse. (9).

I forskningen er det bekreftet at bruk av cannabis kan være assosiert med utviklingen av psykose og schizofreni i enkelte tilfeller. Et lavt forbruk viste 40% økt risiko, mens et høyt forbruk økte oddsratioen til 2,1. (10) Englestøv (fensyklidin, PCP) har også evnen til å fremkalle psykotiske symptomer hos brukerne. Stoffet er et hallusinogen og hemmer N-metyl D-aspartat (NMDA)-reseptoren. Englestøv ble utviklet for bruk i anestesi, men benyttes i dag som et illegalt rusmiddel. Imidlertid er det relativt lite brukt i Norge. (11)

Symptomer

Redusert evne til å skille mellom selv og omgivelser står sentralt ved alle psykoselidelser. Schizofrene mennesker kan også ha andre symptomer i tillegg. De mest karakteristiske er forvridde måter å tolke omverdenen på, bisarre tankemønstre og unormale sanseopplevelser. Personer med schizofreni har også mindre evne til å reagere normalt på hendelser i omgivelsene. Dessuten kan de ha et nedsatt kognitivt funksjonsnivå. (5)

Det er vanlig å dele symptomene ved schizofreni i tre hovedgrupper:
Positive symptomer, affektforstyrrelser og negative symptomer (5).

Når personer med schizofreni oppfatter mer fra omverdenen og egne tanker enn det som er reelt, kalles dette for positive symptomer. Et eksempel på et positivt symptom er vrangforestillinger. (5) Vrangforestillinger går ut på at personens oppfatning av seg selv eller omverdenen er uriktig, og at dette påvirker hverdagen og relasjoner til andre mennesker på en negativ måte. For bedre å kunne forstå vrangforestillingene til schizofrene pasienter kan man kartlegge hovedpunkter, slik som styrke, kontekst, fokus, sannsynlighet og personalisering. (12)

Vrangforestillinger deles gjerne inn i grupper, der grandiose og paranoide er de vanligste. Andre grupper er seksuelle, hypokondrielle, referensielle og vrangforestillinger knyttet til skyldfølelse. (13) Grandiose vrangforestillinger går ut på at pasienten tror han er i besittelse av evner han ikke har. Eventuelt kan den syke anse seg selv som overmenneskelig. Paranoide vrangforestillinger vil si at den schizofrene er unormalt mistenksom i forhold til sine omgivelser. (12) Vrangforestillinger med seksuelt innhold eller som på andre måter omfatter genitalia, for eksempel fødsel og graviditet, kalles seksuelle vrangforestillinger. Ved hypokondrielle vrangforestillinger innbiller den schizofrene seg at noe er galt med kroppen hans. Ved referensielle vrangforestillinger tror pasienter at omgivelsene eller spesielle hendelser er direkte relatert til dem selv, eller at hendelser har en spesiell mening. (13)

Et annet eksempel på et positivt symptom er hallusinasjoner. De innebærer at pasienten opplever ting som egentlig ikke har funnet sted. Den schizofrene kan for eksempel innbille seg at tankene ikke er hans egne, men at de kommer utenfra. Hallusinasjoner er livaktige og medfører at pasienten reagerer som om det er reelle ting som foregår. De kan stamme fra alle sansemodalitetene, slik som syn, hørsel, lukt og berøring. (12)

Hørselshallusinasjoner er de mest utbredte og de fleste schizofrene vil

oppleve dem på et tidspunkt i sykdomsforløpet. De kan være av varierende karakter, alt fra mumling til befaling. (13)

Tankeforstyrrelse er et positivt symptom som går ut på at pasienten har vansker med å legge ord på egne emosjoner. Pasientens tenkemåte kan være logisk, men det oppstår problemer når han skal uttrykke seg. I denne situasjonen klarer ikke den schizofrene å formidle det han tenker. Dette kan komme til uttrykk ved at schizofrene bruker nydannede ord, ord som egentlig betyr noe annet, eller at de bytter mellom temaer.

Tankeforstyrrelser er spesielt utpreget hvis pasienten er stresset eller bekymret. (12) Ved akutt schizofreni er tankeforstyrrelser relativt sjeldne, men de ses hyppig hos mennesker med kronisk schizofreni (13).

Den andre hovedgruppen av symptomer er affektforstyrrelser. De innebærer at pasienten har et varierende humør, er likegyldig eller mangler normal følelsesreaksjon i enkelte situasjoner. (5)

Negative symptomer er den tredje og siste hovedgruppen av symptomer og beskriver elementer som mangler hos schizofrene (5). Følelsesmessig avflatning er et eksempel på et negativt symptom, der hovedproblemet kan være at pasienten ikke klarer å ordlegge følelser eller få frem emosjoner ved hjelp av kroppsspråk. Dette kan føre til at pasienten virker følelsesløs, selv om dette ikke er tilfellet. (12) Omtrent 2/3 av pasienter med akutt schizofreni har følelsesmessig avflatning (13).

Et annet negativt symptom er alogi, som betyr at pasienten bruker lang tid på å besvare spørsmål og at svarene blir svært korte og konsise. Dette symptomet kan forsterkes av tidligere negative episoder, angst og stress. (12)

Avolisjon er et negativt symptom som går ut på at schizofrene mangler initiativ til aktiviteter, og at de dermed virker passive. Dette kan føre til at de ikke klarer å fullføre utdanning de eventuelt er i gang med, eller at de ikke lenger greier å gå på jobb. Symptomet kan også ramme enkle hverdagslige

gjøremål, slik som det å ivareta personlig hygiene. Stress er muligens med på å øke problemet. Dette kan forebygges ved å senke kravene til den schizofrene pasienten. (12)

Et annet negativt symptom er anhedoni, der den schizofrene er initiativløs og har en følelse av tomhet (12).

Det negative symptomet oppmerksomhetssvikt innebærer at schizofrene mennesker ikke klarer å følge med på samtaler og hendelser i omgivelsene. Hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser kan forsterke oppmerksomhetssvikten. Det samme gjelder når den schizofrene er klar over symptomet og dermed overkompenserer. Grunnen til dette er at personer i denne situasjonen kan være mer stresset. (12)

Sosial tilbaketrekking kjennetegnes av at pasienten trekker seg tilbake fra venner og familie. På denne måten oppnår den schizofrene å redusere stressnivået han eventuelt er utsatt for i hverdagen. (12)

Schizofrene kan ha andre symptomer som er en del av det kliniske bildet, men som ikke er inkludert i noen av hovedgruppene. Eksempler på dette er motoriske, viljebestemte og atferdsmessige forstyrrelser. Et av de viktigste er det katatone fenomenet, der pasienten kan ha bisarre bevegelser ved dagligdagse handlinger, rar holdning når han sitter, spesielle ansiktsuttrykk, eller andre motoriske bevegelser som ikke regnes som normale. Dessuten kan den schizofrene rammes av «freezing», der den syke plutselig stopper opp midt i en handling og holder posisjonen over en lengre periode. Et annet symptom er katalepsi, der andre har satt pasienten i en bestemt stilling som han nærmest låses fast i. (13)

Enkelte mener at handlingsforstyrrelser ikke bare beror på en motorisk komponent, men at de også kan korreleres til viljebestemmelse eller bevissthet til handling. I forbindelse med dette opereres det med to begreper, nemlig negativisme og positivisme. Negativisme går ut på at pasienten ikke samarbeider eller bevisst gjør det motsatte av det han blir bedt om. Ved

positivisme vil pasienten overkompensere og være svært medgjørlig. Dette kan bety at pasienten gjentar handlinger mange ganger, selv om han bare blir bedt om å gjøre det en gang. Schizofrene pasienter kan ha så store problemer med viljebestemmelse at de etter å ha satt i gang en bevegelse ombestemmer seg og gjør det motsatte. (13)

Atferdsmessige forstyrrelser er relatert til pasientens sinnsstemning. Disse symptomene kan føre til at pasienten virker sløv og uttrykksløs, og det kan tilsynelatende se ut som om han ikke følger med på det som skjer i omgivelsene. Den syke kan dessuten være overaktiv, destruktiv og voldelig. Handlinger er gjerne impulsive og sinnsstemningen kan være skiftende. (13)

Katatoni kan ramme tale hos schizofrene. Eksempler på dette er at pasienter plutselig kan begynne å grynte midt i en samtale, eller at de er monotone når de snakker. Det er i tillegg observert at katatone schizofrene har en tendens til å gjenta ord eller uttrykk. I de mest ekstreme tilfellene kan pasienter være helt tause. (13)

Ved ulike studier er det vist at pasienter med kronisk schizofreni kan ha ufrivillige bevegelser. Deltagerne i disse studiene har aldri fått medikamentell behandling for lidelsen. De ufrivillige bevegelsene minner om symptomer som ses ved sykdommer som rammer basalgangliene. (13)

Kognitiv svikt

Schizofrene kan i tillegg til de psykotiske symptomene ha svikt i kognitive funksjoner, slik som konsentrasjon, hukommelse og tenkning (5).

Forskere mener at schizofrene kan ha en nevrokognitiv utviklingsforstyrrelse (5). Ved hjelp av kognitive tester er det nemlig observert at schizofrene pasienter har dårligere kognitiv funksjon enn friske. Det har også kommet frem at pasienter med kronisk schizofreni gjør det dårligere på slike tester enn andre schizofrene. (13) Det er usikkerhet omkring når den kognitive svikten inntreffer, om den kommer samtidig med

symptomene, eller om den er til stede hele tiden. De kognitive funksjonene vil som oftest ikke reduseres mer etter sykdomsdebut. Det er imidlertid en større tendens til at de bedres etter at den akutte perioden er over. (5)

Den kognitive svikten omfatter de fleste av delfunksjonene, men det er variasjon i hvor mye hver delfunksjon affiseres. Det er utført mange studier som har gitt forskjellige utslag på hvilken delfunksjon som er mest rammet. Samlet sett kan det sies at forandringene i hjernen omfatter temporal- og frontallappen, samt dypereliggende strukturer. (5)

Den medikamentelle behandlingen som brukes ved schizofreni har en begrenset virkning på kognitiv svikt i forhold til effekten den har på kupering av psykosesyntomer. Disse pasientene har derfor behov for ekstra støtte og oppfølging hvis de skal klare å tilpasse seg samfunnet. Dette kan for eksempel oppnås ved treningsprogrammer for kognitiv funksjon som er spesielt tilpasset schizofrene. (5)

Før kognitiv trening settes igang må pasienten kartlegges ved hjelp av ulike nevropsykologiske tester. Målet med dette er å avdekke i hvilket omfang pasienten er rammet. Det er mulig å sette ulike funksjonsområder på prøve, slik som motorisk tempo, konsentrasjon, mental hurtighet, hukommelse, språkfunksjon, visuell kognisjon og eksekutive ferdigheter. Det er viktig at disse testene utføres på en standardisert måte, og at de ikke gjøres i akutfasen av sykdommen. Resultatet av testene sammenlignes med en kontrollgruppe, slik at det blir mulig å se hvordan den schizofrene ligger an i forhold til friske. Det dannes i tillegg et bilde av hvor mye lidelsen påvirker pasientens liv. Svaret fra testene gir grunnlaget for den videre planen for pasienten. Dette kan innebære en vurdering av pasientens evne til å fullføre en utdanning, hvilket yrke som er passende, og hvilken behandling som er aktuell fremover. (5)

Stress, bekymring og medikamentell behandling kan påvirke testresultatet ved en vurdering av kognitiv funksjon. For å se hvor mye disse elementene påvirker resultatet er det vanlig å sammenligne med en annen klinisk

gruppe, for eksempel deprimerte pasienter eller mennesker med bipolar lidelse. (5)

Det er gjort studier knyttet til hypotesen om at selektiv oppmerksomhet er svekket hos schizofrene pasienter. Mange mener at en defekt i selektiv oppmerksomhet har en sammenheng med flere av symptomene ved denne lidelsen. En rammet selektiv oppmerksomhet innebærer at den syke mister en normal filtrering av sansestimuli. Når dette filteret ikke lenger fungerer som det skal, vil pasienten motta for mye sensorisk informasjon. Dette kan være med på å gi opphav til symptomer ved schizofreni, slik som vrangforestilling, hallusinasjon og tankeforstyrrelse. (13)

Hukommelsessvikt forekommer ofte hos schizofrene pasienter og regnes som et primært kjennetegn ved sykdommen. Hukommelse omfatter flere delfunksjoner, slik som læring, lagring og gjenkalling, og deles gjerne i to hovedtyper; implisitt og eksplisitt hukommelse. Implisitt hukommelse går ut på at personen ubevisst husker ferdigheter gjennom erfaring. Det finnes flere undergrupper av implisitt hukommelse, slik som prosedural hukommelse, ferdighetslæring, klassisk betinging og priming. Eksplisitt hukommelse er den andre hovedtypen og innebærer en lagring av kunnskap og hendelser. Det finnes to undergrupper av eksplisitt hukommelse: Korttids- og langtidsminne. (5)

Hjernefunksjonsforstyrrelser rammer oftere eksplisitt hukommelse, fordi den er lokalisert til et spesifikt område i hjernen, mens implisitt minne ligger diffust over store deler av hjernen. Hos schizofrene pasienter kan det i denne sammenhengen oftere observeres en reduksjon av den eksplisitte hukommelsen, mens implisitt minne gjerne er mer eller mindre intakt. (5)

Det er sett at schizofrene har reduserte eksekutive funksjoner, og svikt i noen aspekter av språkprestasjonen er funnet hos pasienter med sykdommen. (13)

De ulike undergruppene

Etter ICD-10 kan pasienter med schizofreni klassifiseres i ulike grupper: Paranoid, hebefren, kataton, udifferensiert, residual, enkel schizofreni, post-schizofren depresjon, andre schizofrenier og uspesifisert schizofreni. Denne inndelingen er kunstig, siden pasienter med schizofreni gjerne har en blanding av symptomer fra flere undergrupper. I tillegg er det mulig at symptomene kan endre seg over tid. (1)

Paranoid schizofreni kjennetegnes av mistenksomhet til omgivelsene gjennom vrangforestilling og hallusinasjon. Tilstanden kan komme både gradvis eller brått, og utfallet er at pasienten etter hvert blir overbevist om at vrangforestillingene er sanne. Hallusinasjoner er med på å underbygge konspirasjonen som pasienten kjenner imot seg. (13) Pasienten kan tro at det som skjer i omgivelsene og i media omhandler ham. De føler gjerne at de er under overvåkning og at de blir snakket om av folk rundt seg (3).

Mennesker som rammes av paranoid schizofreni trekker seg gjerne tilbake fra samfunnet og isolerer seg selv. Troen pasienten har på at han er forfulgt kan bli så sterk at han ikke lenger våger å forlate sitt eget hjem. Eventuelt kan den schizofrene føle seg nødt til å måtte flytte konstant. Det kan dessuten inntre urovekkende oppførsel eller voldelige episoder. Den syke kan miste evnen til å ta vare på seg selv. (13) Paranoid schizofreni oppstår vanligvis i 30-35-årsalderen (1).

Pasienter med hebefren schizofreni lider av blant annet tankeforstyrrelser og emosjonell avflatning. Det vanligste er at symptomene utvikler seg langsomt over flere år, men forløpet kan også bære preg av å være mer akutt. Hebefren schizofrene har en tendens til å være innadvente, glemske og drømmende. (13) Pasienten mister gjerne interessen for skolegang, arbeid, venner og familie (3). Tilstanden kan i tillegg være forbundet med utmattelse, fallende faglig prestasjon, nervøsitet og irritabilitet. I alvorlige tilfeller kan det oppstå bisarr atferd og tankeforstyrrelser. Hallusinasjoner er lite fremtredende eller ikke tilstede. Tankeforstyrrelser fører gjerne til at pasienten mister evnen til å delta i en meningsfull samtale. Emosjonene til

den schizofrene er gjerne fluktuerende, slik at den rammede kan begynne å gråte og le spontant om hverandre uten årsak. (13) Hebefren schizofreni kommer gjerne gradvis i 16-20-årsalderen (1).

Forstyrrelser i motorikk, voluntæritet og oppførsel er hovedsymptomene bak diagnosen kataton schizofreni (13). Pasienten kan ha psykomotorisk uro eller stupor, som er ekstrem passivitet (1). Det er vanlig at katatone schizofrene veksler mellom disse tilstandene. De kan også være preget av vrangforestilling, hallusinasjon og tankeforstyrrelse. (13) De katatone urofasene kan komme til uttrykk som voldsom, meningsløs og bisarr atferd, slik som selvskading eller voldelig oppførsel mot andre. I perioder med stupor kan pasienten bli låst fast i en bestemt stilling. Dessuten er negativisme, der pasienten gjør det motsatte av det omgivelsene forventer av ham, et vanlig innslag ved kataton schizofreni. Sykdommen kan også føre til at den rammede motsetter seg inntak av næring. (3) Kataton schizofreni oppstår vanligvis akutt i 20-25-årsalderen (1).

Pasienter som har symptomer på schizofreni, men som ikke passer inn under andre undergrupper, slik som paranoid, hebefren eller kataton, får diagnosen udifferensiert schizofreni. Tilfellet kan også være at disse menneskene har symptomer fra flere hovedkategorier uten at noen dominerer. (3)

Residual schizofreni kan inntre som et kronisk stadium etter at pasienten har hatt sykdommen over lengre tid. Tilstanden kjennetegnes av mangel på aktivitet, initiativ og interesse for menneskelig kontakt. Disse pasientene er svært passive og apatiske, og kommunikasjonen med andre preges av dårlig kroppsspråk og alogi. Dessuten kan disse menneskene ha vansker med å ta vare på seg selv. (3)

Enkel schizofreni innebærer at den mentale funksjonen til pasienten langsomt svekkes, uten at han utvikler sterke schizofrene symptomer. I tillegg til depresjon, irritabilitet, stahet og hypokondri, preges pasienten av endret temperament. Den syke kan oppleves som kald, apatisk og fremmed av sine medmennesker. Kapasiteten til arbeid og ambisjoner for fremtiden

reduseres, og pasienten kan havne i uføre. Sykdommen kommer gjerne til uttrykk i voksenalder. (13)

Post-schizofren depresjon er en periode med depresjon som inntreffer i etterkant av en sykdom av schizofren karakter. Diagnosen forutsetter at det fortsatt er tilstedeværelse av vage symptomer på schizofreni. (3)

Prodromalfasen

Selve begrepet prodromal er hentet fra det greske ordet «prodromos» som betyr forløper, og i denne sammenheng regnes prodromalfasen som en forløper til det schizofrene syndromet. (5)

Ved schizofreni ser man gjerne en langsom utvikling av psykose over lengre tid. Starttidspunktet for sykdommen er derfor ikke lett å anslå i mange tilfeller. I tillegg utvikler den syke ofte prodromalsymptomer før selve schizofreni-psykosen kommer til uttrykk. (3) Den første endringen i oppførsel og oppfatning som varer over en periode, markerer starten på prodromalfasen (5). Noen schizofrene kan føle at de har problemer med å uttrykke seg verbalt. Tankeforstyrrelser kan inntre hos pasientene i prodromalfasen. De kan også ha endret selvopplevelse og selvbevissthet. Schizofrene kan begynne å trekke seg tilbake, eller være fikserte på enkelte ting. I tillegg kan den syke ha vanskeligheter med å fortsette på skolen eller i jobben. (14)

Selv om det er antatt at det er mange schizofrene som debuterer med prodromalsymptomer, er det også en del som får sykdommen akutt. (3)

Det er ikke fullstendig enighet om begrepet prodromalfase. Noen forskningsmiljøer anser ikke prodromalfasen som et forstadium, men antar at psykosen er tilstede allerede i denne perioden. (5)

Enkelte forskere mener at de viktigste mentale endringene ved sykdommen viser seg i prodromalfasen. Disse forandringene kan muligens gi oss viktig

informasjon om etiologi og patogenese knyttet til schizofreni, i forhold til manifestasjon av sykdommen på et senere tidspunkt. Et viktig moment i denne sammenhengen er at pasienten er klarere og mer samarbeidsvillig i prodromalfasen, slik at det er lettere å få et godt bilde av sykdomsforløpet. (5)

Varigheten av prodromalfasen varierer. I en norsk studie er det anslått at den mediane varigheten av det første prodromet er 50 uker. (14) Tidligere ble ikke behandlingen av schizofreni startet opp før pasienten hadde utviklet en psykose, men nå har man noen steder innført forebyggende tiltak i prodromalfasen. Det er vist at dette kan bedre prognosen. (3, 5)

I diagnostisk sammenheng legges det ikke vekt på prodromalfasen. Verken ICD-10 eller DSM-IV inkluderer symptomer i prodromalfasen under diagnosen schizofreni. (14)

Diagnostikk

Det finnes tre ulike hovedsystemer for å diagnostisere schizofreni: ICD-10, Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition (DSM-IV), og Research Diagnostic Criteria (RDC) (15).

DSM-IV og ICD-10 er diagnostiske system som består av en liste av symptomer, der enkelte kriterier må være til stede for å kunne stille diagnosen schizofreni. DSM-IV kommer fra American Psychiatric Association og er utbredt i USA, mens ICD-10 er definert av Verdens Helseorganisasjon og brukes for det meste i Europa. Den største forskjellen mellom ICD-10 og DSM-IV er kravet om varigheten av symptomene, der American Psychiatric Association anser det som diagnostisk korrekt at tilstanden har hatt en kontinuerlig forløp på minst seks måneder og ICD-10 mener at et forløp på en måned er tilstrekkelig for å stille diagnosen. (15)

Diagnostiske kriterier for schizofreni ved ICD-10:

A1a: Tanke-ekko, innsettelse, tilbaketrekning eller kringkasting av tanker.

A1b: Vrangforestilling om kontroll, innflytelse eller passivitet, eller gal oppfatning.

A1c: Verbale hallusinasjoner, med kommenterende eller diskuterende stemmer. Disse kan komme fra en del av kroppen.

A1d: Vedvarende vrangforestillinger som er kulturelt motstridende.

A2e: Vedvarende hallusinasjoner med delvise vrangforestillinger uten klar affektiv karakter.

A2f: Brudd i tenkning, som resulterer i usammenhengende eller irrelevant tale og neologisme, som er nydannelse av ord.

A2g: Kataton oppførsel.

A2h: Apati, pause under tale, avstumpet og usammenhengende affekt, som ikke er forårsaket av depresjon eller medikamentell behandling. (15)

For å stille diagnosen schizofreni må et av symptomene under A1 eller to av kriteriene under A2 være oppfylt. Disse må være tilstede hos pasienten relativt kontinuerlig gjennom en episode som varer minst en måned. I tillegg må kriterium A innfris før stemningsforstyrrelser inntre, hvis pasienten har maniske eller depressive perioder (kriterium B). Dessuten krever diagnostikken at pasientens tilstand ikke kan tilskrives en organisk hjernesykdom eller stoffmisbruk (kriterium C). (15)

«Global Assessment of Functioning» (GAF) er et mål på individets funksjonsnivå og evnen til mestring av daglige aktiviteter. GAF kan brukes til å vurdere hvilken behandling pasienten skal ha, hvilken virkning behandlingen har på pasienten, og i vurderingen av hvilken prognose pasientens tilstand har. Skalaen er gradert fra 1 til 100, der nivået 91-100 er en tilstand med god mestring og symptomfrihet. En pasient med en funksjon som graderes under GAF nivået 1-10 har stor fare for å skade seg selv eller sine omgivelser, han har minimal evne til å ivareta personlig hygiene, eller det er oppstått tendenser til suicidale handlinger. (16)

Behandling

Ved terapeutisk behandling av schizofreni er målet å orientere pasienten om virkeligheten, gi han menneskelig kontakt og dempe angsten han eventuelt føler. I tillegg er det viktig at den schizofrene blir klar over sin sykdom og krisesituasjon. (1)

Antipsykotisk medikasjon er en del av behandlingen av pasienter med schizofreni (5). Dette gjelder både under forebygging og ved akuttbehandling (17). Forskningen har vist at disse medikamentene har en større virkning på psykotiske symptomer enn placebo. Dette gjelder i den akutte psykotiske fasen. Effekten er også en lavere hyppighet av tilbakefall ved tilstrekkelig bruk. Farmakodynamikken bak disse medikamentene er en blokkering av D2-reseptorene, som etter hvert fører til en reduksjon i de positive symptomene som er knyttet til schizofreni. Det er blitt estimert at omtrent 80% av pasientene med schizofreni oppnår en bedring ved medikamentell intervensjon. (5) Det er ikke vist at disse midlene er avhengighetsskapende (17).

Førstegenerasjons antipsykotika har en sterkt antagonistisk virkning på D2-reseptorene, mens andregenerasjons legemidler i tillegg har en hemmende effekt på 5-HT₂-reseptorene. Dette fører til at de ikke gir motoriske og psykiske bivirkninger like ofte som de medikamentene som har vært lengre på markedet. Det er også observert at andregenerasjons medikamenter tåles bedre av pasientene, i tillegg til at de trolig har en større positiv effekt på kognitiv funksjon. (17)

Det er vanlig å dele tradisjonelle antipsykotiske medikamenter inn i høydosepreparater (lavpotente) og lavdosepreparater (høypotente). Høypotente antipsykotika har en sterk hemmende virkning på dopamin, mens de fleste lavpotente medikamentene i tillegg har antihistaminerg, antiadrenerg og antikolinerg effekt. I forhold til bivirkningsprofil er forskjellen at høypotente psykofarmaka oftere gir uønskede nevrologiske virkninger, slik som akutte ekstrapyrimidale bivirkninger, mens de

lavpotente legemidlene gjerne fører til kardiovaskulære bivirkninger, samtidig som de har en uheldig effekt på det autonome nervesystemet. Høydosepreparater gir dessuten hyppigere sedasjon og metabolske bivirkninger. (5, 17)

Metabolske bivirkninger, som kan innebære blant annet diabetes, lipidforandringer og vektøkning, opptrer hyppigst ved bruk av annengenerasjons psykofarmaka. Årsaken til at pasienten går opp i vekt ved bruk av enkelte av disse medikamentene er trolig redusert aktivitetsnivå, kombinert med økt matlyst. Disse legemidlene kan også føre til en større insulinresistens i perifert vev, slik at diabetes type 2 inntreffer. Triglycerid- og kolesterolverdiene kan bli endret i negativ retning. (17)

Eksempler på motoriske bivirkninger er akinesi, akutt dystoni, parkinsonisme og akatisi. Akatisi betyr at pasienten er rastløs og har mindre evne til å sitte stille. Tardive dyskinesier kan også oppstå, spesielt ved bruk av førstegenerasjons psykofarmaka, og innebærer ufrivillige bevegelser. (17)

Ved bruk av de eldste medikamentene er det observert en negativ innvirkning på intellekt og emosjoner. Det er også sett en større tendens til kramper ved bruk av antipsykotika. I tillegg fører psykofarmaka til en større fare for utvikling av malignt antipsykotikasyndrom, der letaliteten er anslått til 20%. Dessuten kan det oppstå økt prolaktinutskillelse, seksuell dysfunksjon, hypertermi, fotofobi og leverpåvirkning hos pasienter som står på psykofarmaka. (17)

Antikolinerge bivirkninger knyttet til enkelte antipsykotika kan for eksempel være munntørrhet, forstoppelse, svetting og problemer med vannlating og akkomodasjon (17).

Eksempler på konvensjonelle medikamenter er klorpromazin (Largactil ®), levopromazin (Nozinan ®), klorprotixen (Truxal ®), perfenazin (Trilafon ®), zuklopentixol (Cisordinol ®), flupenti (Fluanxol ®) og haloperidol (Haldol ®). Klozapin (Leponex ®), amisulprid (Solian ®), quetiapin

(Seroquel ®), risperidon (Risperdal ®), olanzapin (Zyprexa ®) og ziprazidon (Zeldox ®) er såkalte annengenerasjons antipsykotika, mens aripiprazol (Abilify ®) er et tredjengenerasjons psykofarmaka. (5)

Valget av medikament baserer seg blant annet på hva pasienten har hatt nytte av tidligere og hvilke bivirkninger som har oppstått eller kan oppstå (1).

Klozapin (Leponex ®) er et antipsykotikum som brukes ved blant annet behandlingsresistent schizofreni, som betegner fravær av ønsket effekt, selv om pasienten står på minst to antipsykotika i tillegg til et atypisk antipsykotikum (18). Dette legemidlet anses som det antipsykotikumet med størst effekt (17). Medikamentet kan kun forskrives av en psykiater, og det er viktig å benytte seg av den lavest mulig effektive dosen.

Behandlingsvarigheten er minst seks måneder, og seponeringen bør skje trinnvis i løpet av en til to uker. Samtidig bruk av andre antipsykotiske medikamenter frarådes. (18)

Klozapin har en hemmende effekt på alfa-adrenerge, kolinerge og histaminerseptorer, i tillegg til at den har en antiserotoninerg og en antidopaminerg virkning. I forbindelse med dopamin-reseptorer har medikamentet spesielt en høy binding til D4-reseptorer. Dette medikamentet virker ikke utelukkende på de positive psykotiske symptomene, men også på de negative symptomene og noen av de kognitive problemene som er knyttet til schizofreni. (18)

Det er beregnet at omtrent 70% av schizofrene pasienter får et tilbakefall om den medikamentelle behandlingen seponeres. Denne andelen kan reduseres til ca. 40% ved medikamentell vedlikeholdsbehandling. Det kan dermed bli nødvendig for disse pasientene å stå på psykofarmaka i mange år.

Behandlingen av kronisk schizofreni tar også sikte på støtteterapi og psykoedukativ funksjon, i tillegg til det medikamentelle perspektivet. (1)

Selv om de antipsykotiske medikamentene har stor effekt i forhold til å kupere akutte psykotiske symptomer, er det ikke vist at de har noen stor betydning for den langsiktige prognosen, slik som sosial funksjon og antallet reinnleggelser. (1)

Bruk av tvang i psykiatrien

Innenfor psykiatrien finnes muligheten til å benytte tvang i behandlingen av pasienter. I Norge er bruken av tvang mer utbredt enn i mange andre land. (19) Her skjer 18% av innleggelsene ved bruk av dette (2). Det finnes flere forskjellige former for tvang, som tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering og skjerming. (19)

Bruk av tvang i psykiatrien er strengt lovregulert, der den viktigste loven er psykisk helsevernloven av 1999. Andre aktuelle lover er lov om pasientrettigheter, straffeloven, straffeprosessloven, sosialtjenesteloven, barnevernloven, smittevernloven og straffegjennomføringsloven. (19)

Tvungen psykisk helsevern kan foregå både med og uten døgnopphold i institusjon. Med døgnopphold forstår man at pasienten bor på institusjon og ikke kan forlate denne. Uten døgnopphold vil si at pasienten kan bo hjemme, men at han er underlagt et behandlingsopplegg som han er pliktig til å følge. Ved mislighold av disse reglene kan pasienten innbringes. Tvang kan eventuelt benyttes. For at en pasient skal kunne underkastes tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold må pasienten først ha vært innlagt på institusjon med døgnopphold for observasjon, eller man må kjenne til pasientens sykdom og hvordan behandlingseffekten er fra tidligere. (19)

Hvis det er usikkert om pasienten oppfyller kravene for tvungen psykisk helsevern kan pasienten holdes på observasjon i opptil 10 dager for å kartlegge dette nærmere, jamfør § 3-2 i psykisk helsevernloven. Anses det som nødvendig at pasienten er under tvungen psykisk helsevern kan det fattes et vedtak om dette som er gyldig i et år. Etter tre måneder må saken tas opp igjen for å se om kravene fortsatt er oppfylt, jamfør § 4-9 i psykisk

helsevernloven. Vedtak om dette må fornyes hvert år og det kan klages på beslutningen til kontrollkommisjonen. Før pasienten settes på tvungen psykisk helsevern eller tvungen observasjon må en lege undersøke pasienten personlig. (19, 20)

§ 3-3 i psykisk helsevernloven omhandler vilkårene for tvungen psykisk helsevern. Her kommer det fram at pasienten skal ha blitt forsøkt behandlet frivillig, eller at dette ikke anses som mulig. (20) Videre presiseres det at hovedvilkåret er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Det er også listet opp to tilleggsvilkår som nødvendiggjør tvungen psykisk helsevern, der et må være oppfylt. Det ene er behandlingsvilkåret som går ut på at pasientens prognose reduseres eller at tilstanden forverres i løpet av kort tid, om pasienten ikke kommer under behandling. Det andre er farevilkåret, der pasienten anses som en fare for seg selv eller andre. Det siste vilkåret er at det ved en helhetsvurdering anses at tvungen psykisk helsevern er til pasientens beste, uavhengig av om pasienten oppfyller de andre vilkårene. Et unntak fra det siste vilkåret er hvis pasienten er til fare for andre. (19) Institusjonen som har ansvaret for pasienten må være godkjent for å kunne ha personer under tvungen psykisk helsevern. Det er også krav om at det er to leger som foretar undersøkelsen, og at pasienten har mulighet til å uttrykke sin egen mening. (20)

Politiet har plikt til å bistå ved utøvelse av tvungen psykisk helsevern og ved rømning, ifølge psykisk helsevernloven. Ved tvungen psykisk helsevern gjelder dette både med og uten døgnopphold. (19)

Det skal gis informasjon til pasient og pårørende angående vedtak om tvangsinnleggelse. Før vedtaket fattes skal pasienten ha fått mulighet til å ytre sin mening. Pasienten skal også informeres om retten til å klage. Innsyn i journal er noe pasienten kan kreve. I slike tilfeller skal det ikke gis tilgang til komparentopplysninger. Pasienten har krav på opprettelse av individuell plan ved psykisk helsevern. (19)

Vanligvis må personer som er under psykisk helsevern gi samtykke til behandling og andre inngrep. I tilfeller der samtykke ikke gis, finnes det særskilte lovhjemler som gjør at behandling og andre inngrep er mulig å utføre. Det finnes også tiltak som det verken trengs samtykke eller lovhjemler til. (19)

I § 4-8 i psykisk helsevernloven omtales bruk av tvangsmidler, der det stadfestes at helsepersonell har rett til å bruke tvangsmidler på en pasient som er til fare for seg selv eller andre, eller på en pasient som står i fare for å lage store materielle skader. Bruk av tvangsmidler ses på som en siste utvei og skal begrenses til et minimum. Det må foreligge et vedtak av en lege, men i visse situasjoner brukes tvangsmidler før en lege er konsultert. I denne situasjonen må legen komme for å vurdere om bruken av tvangsmidler er nødvendig. Tvangsmiddelbruk skal alltid dokumenteres. (19) Som tvangsmidler regnes mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og fastholding over kort tid. Pleiepersonell skal hele tiden ha tilsyn til pasienten. Det kan ikke brukes mekaniske tvangsmidler eller isolasjon på personer under 16 år. (20)

I § 4-4 i psykisk helsevernloven beskrives bestemmelsene for tvangsbehandling. Pasienter under tvungen psykisk helsevern kan utsettes for tvangsbehandling hvis det fattes særskilte vedtak om dette og pasienten er undersøkt nøye. Helsepersonell skal først ha prøvd å få samtykke fra pasienten, eventuelt kan det prøves alternative metoder som den syke samtykker til. Det skal være minst to døgn mellom tidspunktet der vedtaket fattes og til tidspunktet der tvangsbehandlingen settes i gang, med mindre pasientens helse står i fare. Vedtak om tvangsbehandling er gyldig i tre uker, bortsett fra vedtak om tvangsbehandling med legemidler som er gyldig i tre måneder. (19) Forutsetningene for behandling uten samtykke er at pasientens tilstand kan forbedres eller helbredes, eller at en forverring av tilstanden kan forhindres. Tvangsbehandling kan gis hvis metoden er faglig anerkjent og klinisk forsvarlig. (20)

Skjerming omtales i § 4-3 i psykisk helsevernloven. Der presiseres det at dersom tilstanden eller atferden til pasienten tilsier det, kan man iverksette skjerming med begrunnelse i behandling eller hensyn til de øvrige pasientene. Hvis skjermingen vedvarer utover 12 eller 24 timer, avhengig av omfanget av skjermingen, skal det fattes vedtak om dette. Ved behov må vedtaket fattes på ny etter to uker. (20)

Det kan settes begrensninger for pasientens kontakt med omverdenen, jamfør § 4-5 i psykisk helsevernloven. I inntil 14 dager av gangen kan pasientens tilgang på besøk, telefon og post reduseres. Det er i tillegg mulig å åpne brev og pakker hvis det mistenkes at pasienten mottar gjenstander som han ikke skal ha, for eksempel rusmidler. Pasienten har imidlertid rett til å kommunisere med blant annet kontrollkommisjonen, prest og juridisk rådgiver uten restriksjoner. (20)

I forbindelse med opphold på institusjon har helsepersonell rett til å gjennomføre pasientens rom og eiendeler og til å gjøre en kroppsvisitasjon. Dette er lovhjemlet i §§ 4-6 og 4-7 i psykisk helsevernloven. Hvis en finner ting som pasienten ikke har rett til å ha, kan disse beslaglegges, eventuelt tilintetgjøres. En pasient som er under tvungen psykisk helsevern kan tvinges til å avgi urinprøve, dersom det foreligger mistanke om rusmisbruk i et behandlingsforløp. Dette kan kun gjøres hvis det regnes som nødvendig helsemessig. (20)

Hvis en psykiatrisk pasient har behov for behandling av somatiske tilstander, kan dette gjøres ved tvang om det anses som svært nødvendig helsemessig, og hvis gevinsten er større enn ulempene, jamfør § 4A-3 i pasientrettighetsloven. Det er også et krav om at helsepersonell har forsøkt å overtale pasienten til å gjennomføre inngrepet frivillig. Uavhengig av om pasienten oppfyller vilkårene, skal det ved en helhetsvurdering fattes beslutning om behandlingen skal gjennomføres eller ikke. (19, 21)

Et spesielt tilfelle er når en pasient frivillig innlegges, men inngår en avtale om tvungen psykisk helsevern som kan vare i maksimalt tre uker. Dette

betyr at pasienten legger seg inn frivillig, men at han ikke kan forlate institusjonen eller avbryte behandlingen før det har gått tre uker, noe pasienten vanligvis kan ved frivillig innleggelse. Dette forutsetter at personen det gjelder er i stand til å gi informert samtykke. (19)

Til slutt skal det nevnes at nødvergeparagrafen, straffeloven 3. kapittel § 48, gir alle rett til å avverge eller forsvare seg mot angrep (22). Dette betyr at personalet som er i kontakt med pasienten kan gripe inn i situasjoner der det synes det er nødvendig, uten at det foreligger noe vedtak eller lovhjemmel (19).

Schizofreni og tvang

Hittil i oppgaven er det redegjort for lidelsen schizofreni og hva tvang i psykiatrien i Norge innebærer. For å kunne besvare det siste spørsmålet i problemstillingen, «kan bruken av tvang i psykiatrien forsvares etisk?», har vi fordypet oss i forskningsartikler som kan være med på å belyse negative og positive sider ved bruken av tvang, med spesielt fokus på pasienter med lidelsen schizofreni. Dette kapitlet er dermed en systematisk gjennomgang av artiklene vi har valgt å benytte oss av i oppgaven vår.

I kronikken «Noen etiske aspekter ved schizofrenibehandling», skrevet av Stein Opjordsmoen, belyses det faktum at pasienter med schizofreni ofte har dårlig sykdomsinnsikt og at de som regel er lite motiverte for behandling. Samtidig kommer det frem at det ved schizofreni er viktig å sette igang med behandling tidlig, slik at man unngår at pasienten havner i en kronisk sykdomstilstand. Dette er med på å tale for bruk av tvang i behandlingen av schizofrene pasienter. Forfatteren poengterer dessuten at behandling ut fra et etisk perspektiv må styres etter autonomi (respekt for pasientens eget ønske), ansvarlighet (ivareta pasientens beste interesse), skånsomhet (hindre skade) og rettferdighet (løse like problemer likt). (23)

I «Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelser?» av Svein Friis, belyses flere sider ved bruken av tvang. Forfatteren presiserer at norsk

psykiatri ofte blir kritisert for hyppig bruk av tvangsinnleggelser, og at mange som blir innlagt ved tvang opplever dette som et overgrep. Friis mener i tillegg at det kan være vanskelig å inngå et samarbeid om behandling med pasientene i etterkant av tvang. Samtidig skriver forfatteren at psykiatriske pasienter har uttrykket takknemlighet for at de ble tvangsinnlagt i ettertid, fordi de ble hindret fra å skade seg selv eller andre. I denne artikkelen finner vi dermed flere elementer som taler både for og imot bruk av tvang i psykiatrien i Norge. (24)

Alice Keski-Valkama, Eila Sailas, Markku Eronen, Anna-Maija Koivisto, Jouko Lönnqvist og Riittakerttu Kaltiala-Heino har i sin artikkel «Who are the restrained and secluded patients: A 15-year nationwide study» kartlagt hvilke pasienter som ble utsatt for tvang ved psykiatrisk behandling i Finland over en 15-års periode. Denne artikkelen er tatt med i oppgaven fordi den kan være med på å besvare spørsmålet om bruken av tvang i psykiatrien er rettferdig, et viktig etisk poeng ifølge Stein Opjordsmoen, eller om det er en sammenheng mellom bruk av tvang og ulike variabler som alder, kjønn og diagnose. Variablene forfatterne undersøkte var alder, kjønn, hoveddiagnose og behandlingsfase. De kom frem til at det var de akutte pasientene som oftest ble utsatt for tvangsbehandling. Når det gjelder diagnosegruppe, så var det pasienter med rus-relatert diagnose (F10-19) og schizofreni-relatert diagnose (F20-29) som hadde høyest risiko for å bli utsatt for tvang. Alder og kjønn viste ingen sammenheng med tvangsbehandling. (25)

«Involuntary admission from the patients' perspective» er en artikkel skrevet av Brian O'Donoghue, John Lyne, Michele Hill, Conall Larkin, Larkin Feeney og Eadbhard O'Callaghan. De tar blant annet for seg hvordan ufrivillige innleggelser oppfattes av psykiatriske pasienter. Artikkelen motsier mange av de negative elementene angående tvang som kom frem i teksten skrevet av Svein Friis og viser oss et mer positivt bilde av tvangsbruk. 81 pasienter deltok i studien som artikkelen bygger på. Av disse var det 58 stykker (72%) som før utskrivelse mente at det var nødvendig at de ble tvangsinnlagt. En stor andel av pasientene med diagnosene

schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (77,8%) var positive til at de ble innlagt med tvang. Faktorer som påvirket hvordan den ufrivillige innleggelsen ble oppfattet negativt var lav sykdomsinnsikt og lang behandlingstid. 86,4% av pasientene var klar over at de ble innlagt med tvang. Forfatterne fant ingen bevis for at pasienten fikk et dårligere forhold til familiemedlemmene eller psykiateren som stod bak tvangsinnleggelsen. (26)

I likhet med Svein Friis og Brian O'Donoghue med flere, har Knut Ivar Iversen, Georg Høyser og Harold C. Sexton tatt rede for seg pasientens syn på tvang i etterkant av tvangsbruk. Forfatterne har undersøkt sammenhengen mellom bruk av tvang og hvor fornøyde pasientene er med behandlingen ved akutte psykiatriske avdelinger. De utførte intervjuer med 94 pasienter, i tillegg til at pasientene selv fylte ut et spørreskjema ved utskrivelse. I artikkelen «Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards» presenterer de resultatene fra denne studien, der de fant at pasientene generelt er mindre fornøyde ved utskrivning hvis de har blitt utsatt for tvang. Forfatterne skiller mellom formell tvang, opplevd tvang og faktisk tvang. Av disse var det bare faktisk tvang som påvirket pasientens tilfredshet med behandlingen negativt, når data ble analysert separat. Disse resultatene er med på å veie imot tvangsbruk i et etisk perspektiv og står i kontrast til resultatene gjort av Brian O'Donoghue med flere. (27)

I artikkelen «Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients With Schizophrenia», utgitt av Tilman Steinert og Peter Schmid i juli 2004, gjøres det rede for sammenhengen mellom bruken av tvang og det kortsiktige resultatet av behandlingen. Ved å ta med denne artikkelen i oppgaven forsøker vi å utelukke at bruken av tvang har en negativ innvirkning på behandlingen av schizofrene pasienter, noe som ville talt sterkt imot bruken av tvang i psykiatrien. Forskningen som ligger bak artikkelen fant sted ved et psykiatrisk sykehus i Sør Tyskland over en 3 måneders periode i 2002, der «Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS) og «Global Assessment of Functioning» (GAF) ble beregnet ved innleggelse og utskrivelse hos 88 voksne pasienter med schizofreni og

vrangforestillinger. Pasientene ble fordelt i grupper avhengig av om ulike aspekter ved behandlingen var frivillig eller påført dem ved bruk av tvang, og man sammenlignet forskjellen i PANSS og GAF ved innleggelse og utskrivelse i de ulike gruppene. De ulike aspektene av behandlingen innebar innleggelse, sykehusopphold, taking av medikamenter, utskrivelse og videre behandling etter opphold. Forfatterne av denne artikkelen konkluderte med at pasientene hadde effekt av behandlingen, men at det kortsiktige resultatet var uavhengig av om behandlingen var gitt frivillig eller ved bruk av tvang. Pasientene som motsatte seg behandling hadde en høyere PANSS- score, noe som kan tyde på at det er de mer alvorlige syke som blir tvangsbehandlet. (28)

En annen artikkel som også fokuserer på sammenhengen mellom bruk av tvang og det kortsiktige resultatet av behandlingen av psykiatriske pasienter er «Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics», skrevet av Tuula Wallstein, Lars Kjellin og Leif Lindström. De har undersøkt hvordan pasientkarakteristikker, bruk av tvang og andre behandlingskarakteristikker påvirker utfallet av korttidsbehandlingen av psykiatriske pasienter. I forrige artikkel hadde forfatterne sett spesifikt på sykdomsgruppen schizofreni, men her er det sett på psykiatriske pasienter generelt. 233 pasienter var med i studien og ble intervjuet innen 5 dager etter innleggelse og ved utskrivelse eller 3 uker etter behandlingen. 50% av pasientene var innlagt ufrivillig. Resultatet av behandlingen ble bedømt etter det pasientene selv rapporterte og etter endringer i GAF-score. Både pasientenes rapporter og endringer i GAF-score viste at flesteparten av pasientene var blitt bedre av behandlingen ved det psykiatriske sykehuset ved utskrivestidspunktet eller 3 uker etter behandlingsslutt. Det viste seg imidlertid at det ikke var noen sammenheng mellom subjektivt og objektivt utfall av behandlingen, da noen rapporterte at de var blitt bedre mens GAF-score var uendret, og omvendt. Kun 40% av pasientene som mente at de hadde blitt bedre hadde også en bedre GAF-score etter behandlingen. Faktorer som påvirket den subjektive følelsen av å bli bedre i positiv retning var at de hadde hatt en kontaktperson ved avdelingen og at de hadde blitt behandlet bra av personalet. Endring i GAF-

score ble påvirket av diagnose, symptomer og funksjonsnivå. Det ble ikke vist noen sammenheng mellom behandlingsutfall og «legal status» og opplevd tvang. Dermed er funnene fra denne artikkelen med på å bygge opp om konklusjonen fra forrige tekst, der det ble slått fast at tvang ikke har noen negativ innvirkning på behandlingen av psykiatriske pasienter. (29)

Det er viktig å undersøke mer omkring de negative effektene bruken av tvang muligens har på schizofrene pasienter, slik at vi kan utføre en etisk diskusjon som omhandler tvangsbruk. Vi har dermed tatt for oss artikkelen «Involuntary Admission and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Schizophrenia Patients» skrevet av Stefan Priebe, Matthias Bröker og Stefan Gunkel. I teksten redegjør forfatterne om korrelasjonen mellom bruken av tvang ved innleggelse av schizofrene pasienter og utviklingen av post-traumatisk stress syndrom. 57% av de 105 schizofrene pasientene som var inkludert i dette studiet hadde opplevd å bli lagt inn ved bruk av tvang, og 51% av dem tilfredsstilte kriteriene for diagnosen post-traumatisk stress syndrom. I denne studien kunne man imidlertid ikke finne en signifikant sammenheng mellom bruken av tvang og utviklingen av post-traumatisk stress syndrom. Konklusjonen ble derfor at tvangsbruk ikke kunne være en forklaring på den høye hyppigheten av post-traumatisk stress syndrom hos pasienter med schizofreni, noe som taler i positiv retning i en diskusjon om bruken av tvang i psykiatrien er forsvarlig etisk. I denne studien fant man heller ingen signifikant forskjell i alder, kjønn, utdanning, faglig kvalifikasjon, boforhold, yrkesstatus, frekvens av tidligere sykehusinnleggelse, varighet siden første innleggelse, dosering av neuroleptika og graden av psykopatologiske symptomer mellom de som var utsatt for tvangsbehandling og de som var behandlet ved fri vilje. Dette resultatet kan være med på å besvare spørsmålet angående rettferdighet og tvang, hvis vi skal bygge videre på den etiske diskusjonen til Stein Opjordsmoen. (30)

For å spinne videre på sammenhengen mellom tvangsbruk og utviklingen av post-traumatisk stress syndrom hos schizofrene, har vi inkludert resultater fra artikkelen «Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related to

Psychosis and Acute Involuntary Hospitalization in Schizophrenic and Delusional Patients» i vår oppgave. Harriet Meyer, Tero Taiminen, Toni Vuori med flere fant nemlig i sin studie i 1999 at schizofreni og vrangforestillinger er mer traumatiske enn tvangsbehandlingen i seg selv. I teksten presenterer de resultatene etter å ha fulgt 46 schizofrene pasienter ved uke 1 og uke 8 etter akutt innleggelse i psykiatrisk sykehus. Forfatterne fant at kun 11% av de schizofrene tilfredsstilte kriteriene for diagnosen post-traumatisk stress syndrom. 69% av de traumatiske symptomene ble kalkulert til å skyldes psykose, mens 24% av de traumatiske symptomene kunne skyldes sykehusinnleggelsen. Som i forrige artikkel finner vi igjen elementer som kan tale positivt for bruken av tvang i et etisk perspektiv. (31)

Artikkelen «Does Fear of Coercion Keep People Away from Mental Health Treatment? Evidence from a Survey of Persons with Schizophrenia and Mental Health Professionals» står i kontrast til resultatene fra de to forrige forskningsprosjektene vi viste til. Marvin S. Swartz, Jeffrey W. Swanson og Michael J. Hannon har nemlig undersøkt om frykt for ny tvangsbehandling holder pasienter borte fra psykiatrisk behandling i etterkant av tvang. For å redegjøre for dette har forfatterne intervjuet 104 pasienter med schizofreni-spektrum lidelse og 85 klinikere. Konklusjonen de kom frem til var at klinikerne og pasientene hadde ulikt syn på sammenhengen mellom bruk av tvang og frivillig oppsøking av hjelp. 78% av klinikerne mente at bruk av tvang økte sjansene for at pasientene fortsatte med behandlingen. En stor andel av klinikerne (81%) var også uenig i at tvangsbehandling utenfor sykehus førte til at pasientene i fremtiden var redde for å søke hjelp frivillig. Imidlertid rapporterte 36% av pasientene at det var oppstått en barriere mot å oppsøke hjelp på grunn av frykt for tvangstiltak. Dette varierte mellom de ulike typene av tvang, der ufrivillig innleggelse så ut til å skape mest frykt. Dermed har vi ulike resultater med tanke på tvangsbehandling og frykten den skaper hos pasientene. Dette har vi dessuten sett i andre artikler tidligere, der det er stor uenighet i hvilken effekt tvang har på videre behandlingsopplegg og hvordan pasienter ser på tvangstiltak i ettertid. (32)

For å finne ut om det er forskjeller mellom og innad i de nordiske landene når det gjelder opplevd tvang ved innleggelse i psykiatrisk sykehus har Lars Kjellin, Georg Høyser, Marianne Engberg, Rittakerttu Kaltiala-Heino og Maria Sigurjónsdóttir utført en studie kalt «Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries». Denne artikkelen er i likhet med teksten til Alice Keski-Valkama med flere tatt med for å hjelpe oss å besvare spørsmålet om bruken av tvang tilfredsstillende kriteriet om rettferdighet, eller om det er en korrelasjon mellom tvang og ulike variabler. 12 psykiatriske sykehus i de fem nordiske landene deltok i denne studien, hvorfra data ble innsamlet på slutten av 90-tallet. Det var totalt 920 pasienter med i dette prosjektet. Blant disse var 426 innlagt ved bruk av tvang. Av pasientene som var tvangsinnlagt fant de signifikante forskjeller i graden av opplevd tvang mellom landene, der de norske pasientene rapporterte om minst opplevd tvang. Tvangsinnlagte pasienter som meldte om høy grad av tvang hadde lavere GAF-score enn de med liten grad av opplevd tvang. Videre viste studiet at det kun var i Sverige det forekom forskjeller i opplevd tvang mellom de ulike psykiatriske sentrene i landet. I tillegg fant forfatterne at det var lite overensstemmelse mellom opplevd tvang og formell tvangsstatus. Andelen av de frivillig innlagte pasientene som rapporterte om tvanginnleggelse var signifikant forskjellig mellom landene, men det var ingen forskjell i grad av opplevd tvang eller MPCS-score (MacArthur Perceived Coercion Scale) hos pasientene. (33)

I innledningen refererte vi til en artikkel fra iTromsø som viste at Norge ligger på topp i tvangsbruk. Dette indikerer at bruken av tvang ikke tilfredsstillende det etiske kriteriet om rettferdighet, som vi ble presentert for i kronikken til Stein Opjordsmoen, og at det er en korrelasjon mellom bruken av tvang og geografisk lokalisasjon. I denne sammenhengen har vi benyttet rapporten «Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser?» i vår oppgave. I et forsøk på å avdekke årsaken til forskjellene i tvangsbruk mellom ulike psykiatriske sykehus, legger Johan Håkon Bjørngaard og Torhild Heggstad frem tall i artikkelen som viser at ulikheter i kjønn, alder, tidligere innleggelse og diagnose har en innvirkning

på hyppigheten av bruk av tvang i psykiatrien. Forskjellene mellom sykehusene går likevel utover det som kan tilskrives ulik pasientsammensetning, slår forfatterne fast. Data baserer seg på en punktregistrering per 01.11.99. Tall fra 32 sykehus er med og 1500 pasienter inngår i studiet. 51% av pasientene ble innlagt frivillig, 20% etter §3 og 29% etter §5. Forfatterne gjør rede for at empiriske studier har vist at det er stor forskjell mellom sykehusene i andelen pasienter med de alvorlige psykiske lidelsene schizofreni, paranoid psykose og schizoaffektiv lidelse, noe som kan være med på å forklare hvorfor forskjellen i bruk av tvangsinnleggelse er stor blant norske sykehus. Det kan selvfølgelig også tenkes at forskjellene i geografisk lokalisasjon og tvangsbruk kan være forårsaket av ulike måter bruken av tvang er registrert på. (34)

Artikkelen «Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units», skrevet av Rolf Wynn, Ann-Mari Kvalvik og Torfinn Hynnekleiv, inneholder en del elementer som taler både for og imot bruken av tvang. Forfatterne har redegjort for synet på tvangsbehandling blant personalet på to norske psykiatriske sykehus. Hypotesen deres innebærer at synet på tvangsbehandling er relativt likt i ulike psykiatriske enheter. Studien ble gjennomført ved hjelp av en spørreundersøkelse knyttet til fiktive pasientkasuistikker. Resultatet viste at det ikke var en signifikant forskjell i hvordan ulikt personell i samme enhet og personell fra ulike enheter handlet med tanke på bruk av tvang. Generelt var personalet svært tilbakeholden med bruk av høye grader av tvangsbehandling, slik som å stroppe pasienten fast i seng, tvangsmedisinere eller sette pasienten på isolat. Mindre restriktive metoder ble benyttet da dette var mulig. De fant også at bruken av tvang hadde en klar sammenheng med graden av voldelig atferd hos pasienten. Disse resultatene taler for at tvangsbruk er etisk forsvarlig, i og med at studiet tyder på at helsepersonell tar bruken av tvang svært alvorlig, og at hyppigheten av tvangsbruk ikke påvirkes av personalets syn på saken. Imidlertid fant forfatterne at mannlig personell og utrenet personell hadde en høyere tendens til å benytte seg av tvangsbehandling, noe som setter bruken av tvang i et negativt lys, ved at det etiske kravet om rettferdighet ikke

innfris. Med dette menes at like situasjoner ikke blir løst likt, men at utfallet heller er avhengig av hvilket personell som er tilstede. (35)

Det etiske kravet om rettferdighet står sentralt i en diskusjon omkring tvangsbruk. Dermed må korrelasjonen mellom tvang og ulike variabler undersøkes nærmere. I denne sammenhengen har Rolf Wynn tatt rede for bruken av tvang i situasjoner der frivillig intervensjon ikke har nådd frem i behandlingen av voldelige og truende pasienter. Ved retrospektivt å undersøke bruken av stroppelegging, tvungen medisiner og isolering ved Universitetssykehuset i Tromsø publiserer han i artikkelen «Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital» at det er en korrelasjon mellom bruken av de ulike tvangsmetodene og pasientens kjønn, alder og diagnose. Han fant at det over en periode på 5 1/2 år, fra januar 1989 til juni 1994, hadde vært 797 episoder med fysisk restriksjon, 384 episoder med tvungen medisiner og 88 episoder med isolering. 72% av episodene med denne formen for tvangsbehandling var knyttet til pasienter med ikke-organisk psykotisk sykdom. Ved hjelp av studien kunne han konkludere med at bruken av stroppelegging var en foretrukket restriktiv metode oftere hos menn, yngre og ikke-psykotiske pasienter. Kvinnelige pasienter og eldre pasienter med en ikke-organisk psykotisk lidelse ble oftere utsatt for påtvungen medisiner. Isolering ble helst benyttet hos eldre mannlige pasienter med en organisk psykotisk lidelse. (36)

Det etiske kravet om rettferdighet settes også på prøve i litteraturstudien «Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review» utført av Manuela Jarrett, Len Bowers og Alan Simpson. Her har forfatterne gjennomgått 14 forskjellige artikler om tvangsmedisiner av psykiatriske pasienter. Målet var å finne ut hvilken demografisk og klinisk gruppe av pasienter som tvangsmedisineres, samt hvilket syn pasienter og personell på psykiatriske sykehus har i forhold til dette. De konkluderte med at det var kvinnelige pasienter i 30-årene som oftest ble tvangsmedisinert. I tillegg kom de fram til at det var en tendens til at etniske minoriteter hadde større risiko for å bli utsatt for dette. Av psykiatriske diagnose-grupper var det

schizofrene som var høyest representert ved tvangsmedisinering, men også pasienter med bipolar sykdom og pasienter med andre psykotiske lidelser hadde høy sannsynlighet for tvangsmedisinering. Det er verdt å merke seg at det i noen studier var rapportert at schizofreni var den hyppigste diagnosen ved innleggelse ved psykiatrisk sykehus. I tillegg konkluderte forfatterne med at det var økt sannsynlighet for tvangsmedisinering hvis pasienten ble oppfattet som en risiko for andre. En stor andel av pasientene var positive til bruk av tvang ved medisinering retrospektivt. Blant personalet var holdningen at tvangsmedisinering var en del av den psykiatriske behandlingen. (37)

I en etisk diskusjon angående bruken av tvang hos schizofrene pasienter vil det være viktig å vurdere om denne gruppen pasienter utgjør en fare for samfunnet og helsepersonell som jobber ved psykiatriske institusjoner, slik at bruk av tvang muligens kan rettferdiggjøres. I artikkelen «Schizofreni og vold» gjør Kirsten Rasmussen og Sten Levander rede for sammenhengen mellom lidelsen schizofreni og tendensen til bruk av vold ved hjelp av studium av internasjonal psykiatrisk litteratur. Arbeidet deres gir inntrykk av at det er en større tendens til voldsbruk hos psykiatriske pasienter, før og under innleggelse i institusjon. En stor andel har et kriminelt rulleblad og flere er registrert for alvorlig voldskriminalitet. Dette ble funnet av Eva Tuninger med flere (38) ved en gjennomgang av 257 pasienter innlagt i en psykosepost i Sverige iløpet av 18 måneder, der de fleste led av schizofreni. I forbindelse med dette studiet ble det registrert at voldsepisoder iløpet av behandlingen var hyppig forekommende. Forfatterne av «Schizofreni og vold» kan også vise til at forekomsten av psykisk lidelse er betydelig høyere blant innsatte i fengsel i forhold til befolkningen ellers. Forskningen bekrefter dessuten at lovbrøtere med psykisk sykdom har en større tendens til å foreta lovbrudd, og at de står for en større andel av voldskriminalitet i forhold til psykisk friske lovbrøtere. Korrelasjonen mellom vold og psykisk sykdom har en tendens til å være sterkere hos kvinner, ifølge forfatterne. Det har i tillegg vært rapportert i en rekke studier at det er en klar sammenheng mellom alvorlig sinnslidelse og tendensen til å begå drap. Dessuten øker misbruk av alkohol og stoff hyppigheten av voldsbruk hos

schizofrene mer enn det gjør blant friske. Hos schizofrene pasienter kan det tenkes at positive symptomer, slik som hallusinasjoner, har en sammenheng med bruken av vold. Rasmussen og Levander slår imidlertid fast at forskning ikke har vist dette. Vrangforestillinger og seponering av psykofarmaka kan hos schizofrene være en prediktor for vold. Forfatterne bekrefter også at kognitiv svikt viser en negativ korrelasjon med vold, slik at det er de kognitivt intakte schizofrene pasientene som har størst tendens til å utføre voldshandlinger. Litteraturen forteller dessuten at psykiatrisk komorbiditet, slik som en kombinasjon av schizofreni og antisosial personlighetsforstyrrelse eller misbrakerproblematikk, har en større sammenheng med vold enn schizofreni alene. Denne artikkelen setter bruken av tvang hos schizofrene pasienter i et positivt lys, med tanke på at samfunnets og helsepersonells sikkerhet må settes høyt. (39)

I en etisk vurdering av tvangsbruk er det viktig å vite hvor god kvaliteten er på avgjørelsene om tvangsbruk skal benyttes eller ikke i enkelttilfeller. I denne sammenhengen setter Kari Gjelstad, Hans Løvdahl, Torleif Ruud og Svein Friis kvaliteten på vurderingen for innleggelse etter §3 i psykiatrien på prøve i artikkelen «Tvangsinnleggelser til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter?». Dette har de gjort ved å følge 181 pasienter som ble tvangsinnlagt til observasjon i psykiatrisk akuttavdeling i Østfold i 2000. Studiet viste at psykiatriske pasienter innlagt til observasjon i henhold til §3, der en spesialist skal vurdere grunnlaget for tvangsinnleggelsen innen 24 timer, blir 54% av tvangsvedtakene opphevet dagen etter. Denne gruppen bestod av pasienter som hadde en kortere oppholdstid og en lavere andel selvmordsforsøk og selvskading enn gruppen som ikke fikk tvangsinnleggelsen opphevet. Det var ingen forskjell mellom gruppene med tanke på andelen pasienter med alvorlig sinnslidelse. Resultatet tyder på at kvaliteten på vurderingen for innleggelse etter §3 kan være for lav, eller at pasientens tilstand kan være svært flukterende, slik at vilkårene for innleggelsen er opphevet neste døgn. Forfatterne slår fast at det i Norge er slik at enkelte pasienter som ønsker innleggelse blir lagt inn på grunnlag av en tvangsparagraf, fordi avdelingen krever at kriteriet må være innfridd på grunn av plassmangel. I studiet var det i tillegg slik at halvparten av dem

som ikke fikk tvangsparagrafen oppretthold dagen etter ble tvangsinnlagt på grunnlag av selvmordstrusler eller selvmordsplaner. (40)

I artikkelen «Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment» har R. Kaltiala-Heino, J. Korkeila, C. Tuohimäki, T. Tuori og V. Lehtinen forsøkt å finne ut hvor utbredt bruk av tvang og restriksjoner er ved psykiatriske sykehus i Finland. Igjen er det det etiske kravet om rettferdighet som står i fokus. Data fra 1543 pasienter ble innsamlet i 6 måneder i 1996 ved tre psykiatriske sykehus, med spesiell vekt på bruk av tvangstiltak. Majoriteten av pasientene hadde diagnosene schizofreni (37,7%), affektiv lidelse (27,0%) eller rus-relatert lidelse (13,7%). De fant at 32,3% av pasientene ble utsatt for en eller annen form for tvangstiltak. Nesten 1/3 av disse hadde restriksjoner mot å forlate avdelingen, som var den vanligste formen. 9,5% av pasientene ble utsatt for innskrenkninger i form av isolasjon og belter. Omtrent like mange ble tvangsmedisinert. Fysisk holding var sjelden. Når det gjelder behandling av schizofrene pasienter var tvangsmedisinering og restriksjon mot å forlate avdelingen mest brukt. Det var lik fordeling av de ulike tvangstiltakene mellom kjønnene. Yngre pasienter tenderte til å ha mer restriksjoner mot å forlate avdelingen enn eldre, men ellers var det ingen sammenheng mellom bruk av tvang og alder. De fant heller ingen sammenheng mellom sosial klasse og bruk av tvang. (41)

Diskusjon

I et forsøk på å kunne avdekke om bruken av tvang i de psykiatriske institusjonene i Norge er forsvarlig eller ikke etisk sett, har vi fordypet oss i forskningsartikler som omhandler dette temaet. I denne sammenhengen har vi hatt spesielt fokus på den schizofrene pasientgruppen, der dette har vært mulig. I diskusjonen skal vi veie de negative og positive sidene ved tvang opp mot hverandre, slik at vi i slutten av oppgaven kan trekke en konklusjon om bruk av tvang i et etisk perspektiv.

I «Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelser?» av Svein Friis (24) kommer det frem at tvangsbruk ses på som et overgrep av mange. Imidlertid er det slik at forskning ikke har vist en korrelasjon mellom bruk av tvang og utvikling av post-traumatisk stress syndrom (30, 31). Resultatene viser at sykdommen i seg selv kan være mer traumatisk, noe som rettferdiggjør bruken av tvang i det øyemed å få pasienten til behandling raskt, slik at det kan hindres at post-traumatisk stress syndrom oppstår. Det er likevel interessant at det i studiene er stor forskjell i hyppigheten av post-traumatisk stress syndrom, noe som kan tyde på at det er vanskelig å vurdere om schizofrene pasienter har denne lidelsen eller ikke. Imidlertid kommer det frem i artikkelen «Does Fear of Coercion Keep People Away from Mental Health Treatment? Evidence from a Survey of Persons with Schizophrenia and Mental Health Professionals» (32) at tvangsbehandling skaper frykt for helsevesenet hos mange psykiatriske pasienter.

I artikkelen «Involuntary admission from the patients' perspective» (26) er det slik at en ikke kan vise at psykiatriske pasienter får et dårligere forhold til psykiatere eller familie som står bak tvangstiltak, noe som argumenterer imot Svein Friis påstand om at det ved tvangsbehandling kan bli vanskelig å inngå et samarbeid om behandling med pasienten i ettertid.

Et faktum som taler for at bruken av tvang i psykiatrien kan forsvares, er at pasienter i ettertid kan være positive og takknemlige for at de ble tvangsinnlagt. Dette kommer frem i «Involuntary admission from the patients' perspective» (26), der det også bekreftes at det er de sykeste pasientene med dårligst sykdomsinnsikt som har minst forståelse for helsevesenets handling ved tvangstiltak. «Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review» (37) viser også at pasienter har vært positive til tvangsmedisinering retrospektivt. Knut Ivar Iversen, Georg Høyer og Harold C. Sexton (27) viser imidlertid at pasientene generelt er mindre fornøyde ved utskrivelse hvis de har blitt utsatt for bruk av tvang, noe som kan tale imot dette.

Ved forskning på korrelasjonen mellom bruk av tvang og det kortsiktige resultatet av den psykiatriske behandlingen (28, 29), legges det frem resultater som gjenspeiler at det er behandlingen i seg selv som er det viktigste for at pasienten skal bli bedre av sin lidelse, uavhengig om at dette skjer ved bruk av tvang eller ikke. I denne sammenhengen kan tvang forsvares i de tilfellene det er nødvendig for å få pasienten til behandling. Resultatet forteller også at tvang ikke har en negativ innvirkning på behandlingsresultatet.

«Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units» (35) bekrefter at høy grad av tvangsbehandling kun brukes i de tilfellene der det er strengt nødvendig, spesielt i tilfeller der pasientene er voldelige. Dette indikerer at bruken av tvang tas alvorlig i behandlingen av psykiatriske pasienter. Resultatet støttes i «Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients With Schizophrenia» (28), som kan fortelle at det er de sykeste pasientene som tvangsbehandles. Dette er med på å støtte at bruken av tvang kan forsvares etisk, på grunn av at resultatene indikerer at tvangsbehandling ses på som alvorlig og kun benyttes når det er helt nødvendig.

I artikkelen «Schizofreni og vold» (39) kommer det frem at det finnes en klar korrelasjon mellom schizofreni og bruk av vold. Dette kan være med på å forsvare bruken av tvang i behandlingen av schizofrene pasienter, fordi en ønsker å minske forekomsten av vold og kriminalitet i dagens samfunn. Det er også slik at sikkerheten til personalet ved psykiatriske institusjoner må ivaretas.

Resultatet i «Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter?» (40) taler imot tvangsinnleggelse. Grunnen til dette er at forskning har vist at kvaliteten på vurderingen for innleggelse etter §3 er for lav. Imidlertid diskuteres det i artikkelen om disse tallene også skyldes andre faktorer og ikke bare dårlig kvalitet på vedtakene.

Stein Opjordsmoen skriver i sin kronikk (23) at autonomi (respekt for pasientens eget ønske), ansvarlighet (ivareta pasientens beste interesse), skånsomhet (hindre skade) og rettferdighet (løse like problemer likt) er de elementene som må være med på å styre behandling ut fra et etisk perspektiv. Ved bruk av tvang i psykiatrien er det særlig pasientens autonomi det ikke tas hensyn til etisk sett. Imidlertid er det slik at mennesker som rammes av lidelsen schizofreni kan få et helt annet verdensbilde enn det friske har, med både vrangforestillinger, hallusinasjoner og tap av kognitive funksjoner. Det blir dermed viktig å vurdere hvor mye troverdighet vi kan legge i avgjørelser tatt av denne pasientgruppen, der selvmordsrisikoen og faren for å skade seg selv er høy. I forskningsartikler har vi også sett at det er de sykeste pasientene som oftest motsetter seg nødvendig behandling. Likevel er det svært drastisk å ta fra pasienter rettigheten til å bestemme over seg selv.

I Norge er lovverket rundt bruken av tvang konstruert slik at det alltid er ansvarlighet og skånsomhet som ligger til grunn for avgjørelsen om tvang kan benyttes eller ikke. Loven presiseres at pasienten alltid skal være forsøkt innlagt og behandlet frivillig først, og det er pasientens beste og ønsket om å hindre skade som ligger bak beslutningen om bruk av tvang er nødvendig. Den strenge lovreguleringen ved bruk av tvang i psykiatrien i Norge er med på å tale for at tvangsbruk er forsvarlig. Grunnen til dette er at de etiske elementene ansvarlighet (ivareta pasientens beste interesse) og skånsomhet (hindre skade) er selve ryggraden i dette lovverket.

Rettferdighet (løse like problemer likt) er det siste elementet det må tas hensyn til i en etisk diskusjon rundt tvangsbruk. I innledningen ble det lagt vekt på at bruken av tvang er mye mer utbredt i Norge enn i andre land, I forskningsartikler er det dessuten uenighet om bruken av tvang kan korreleres til geografisk område, alder, kjønn, utdanningsnivå og andre variabler. Hvis det skulle vise seg å være en sammenheng mellom bruk av tvang og variabler som geografisk område, alder, kjønn og utdanningsnivå, taler dette i negativ retning i en etisk diskusjon rundt bruken av tvang.

Grunnen til dette er at elementet rettferdighet (løse like problemer likt) ikke ser ut til å tilfredsstilles i dette tilfellet.

Kjellin med flere (33) har undersøkt om det er forskjeller i opplevd tvang ved psykiatriske sykehus mellom og innad i de nordiske landene. Forfatterne fant at det var signifikante forskjeller mellom de ulike landene, og at det var de norske pasientene som rapporterte om minst opplevd tvang. Det var også slik at pasienter fra ulike psykiatriske sentre i Norge ikke viste noen forskjell i opplevd tvang. Imidlertid er det slik at det var liten overenstemmelse mellom opplevd tvang og formell tvangsstatus hos pasientene som var inkludert i dette forskningsprosjektet.

Johan Håkon Bjørngaard og Torild Heggstad har i sin artikkel (34) forsøkt å avdekke årsaken til forskjellene i tvangsinnleggelse mellom psykiatriske sykehus, og legger frem tall som viser at ulik pasientsammensetning kan forklare en del av disse differansene. Imidlertid går disse forskjellene ut over det som kan tillegges ulikhetene i pasientsammensetning.

Stefan Priebe med flere har i deres artikkel «Involuntary Admission and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Schizophrenia Patients» (30) kommet frem til at pasientens alder ikke kan knyttes til hyppigheten tvangsbruk viser. Alice Keski-Valkama med flere støtter også denne konklusjonen i deres studium (25). På den andre siden har Johan Håkon Bjørngaard og Torhild Heggstad (34) kommet frem til at ulikheter i alder har innvirkning på hyppigheten tvangbehandling viser ved forskjellige psykiatriske sykehus. I artikkelen «Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital» (36) har Rolf Wynn konkludert med at det er en korrelasjon mellom bruk av de ulike tvangsmetodene og pasientens alder. R. Kaltiala-Heino med flere (41) viser i deres studium at yngre pasienter tenderer til å ha mer restriksjoner mot å forlate avdelinger enn eldre. Manuela Jarrett med flere (37) fant at det var kvinnelige pasienter i 30-årene som oftest ble tvangsmedisinert.

Alice Keski-Valkama med flere (25) har i deres artikkel kommet frem til at det ikke eksisterer en korrelasjon mellom pasientens kjønn og bruk av tvang. Det samme har Stefan Priebe med flere (30) konkludert med i sitt forskningsprosjekt. R. Kaltiala-Heino med flere (41) undersøkte om det var forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder hvilke tvangstiltak som ble brukt. De fant lik fordeling av de ulike tvangstiltakene mellom kjønnene. Derimot har Manuela Jarret med flere (37) i deres litteraturstudium konkludert med at det er kvinnelige pasienter som oftest blir utsatt for tvangsmedisinering. Rolf Wynn har i sin artikkel «Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital» (36) kommet frem til at det var forskjeller mellom kvinner og menn i forbindelse med hvilke tvangsmetoder som ble brukt.

Stefan Priebe med flere (30) konkluderte i sin artikkel med at det ikke var signifikant forskjell i utdannelse og yrkesforhold mellom pasienter som ble utsatt for tvangsbehandling og pasienter som ble behandlet av fri vilje.

Disse forskningsartiklene viser ulike resultater med hensyn til hvilken sammenheng som eksisterer mellom tvang og ulike variabler. Det er dermed vanskelig å si noe om hvorvidt det etiske kravet om rettferdighet i forhold til bruk av tvang er innfridd. Imidlertid viser forskning klare indikasjoner på at hyppigheten av tvangsbruk er svært ulik mellom forskjellige land og også innad i Norge.

I forhold til metoden bak oppgaven er det i ettertid oppdaget noen svakheter. Vi har ikke vært systematiske nok i søket etter artikler, da det ikke ble bestemt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier på forhånd. Valget om en artikkel skulle tas med i prosjektet eller ikke ble svært subjektivt, da vi selv vurderte relevans uten kriterier. Dette kan ha medført at andre aktuelle artikler ikke ble tatt med i studiet. I tillegg ble det ikke funnet spesielt mange forskningsartikler som omhandler norske forhold, selv om det var dette vi var spesielt interesserte i. Dermed ble det inkludert artikler knyttet til forholdene i utlandet. I tillegg ble det ikke satt tidsbegrensning på

perioden artiklene stammer fra, slik at oppgaven inneholder stoff som spenner over en bred tidsperiode. Dette betyr at vi risikerer at det har kommet endringer.

Konklusjon

I diskusjonen er det sett at forskning indikerer at det ikke er en korrelasjon mellom tvang og utvikling av post-traumatisk stress syndrom, selv om tvangsbruk har blitt sett på som et overgrep av enkelte. Forskning viser at bruk av tvang kan skape frykt for helsevesenet, selv om det også ser ut til å være en sammenheng mellom psykose og post-traumatisk stress syndrom. Det er trukket ulike slutninger om hvilket forhold pasienter får til familie og psykiatere som får dem tvangsinnlagt. Det samme gjelder problemstillingen knyttet til hvordan pasienter ser på helsevesenet og deres handlinger i tiden etter en tvangsinnleggelse. Forskning viser dessuten at bruk av tvang ikke har en negativ innvirkning på det kortsiktige resultatet av psykiatrisk behandling. I tillegg viser artiklene at det er en korrelasjon mellom bruk av tvang og vold og høy grad av sykdom. Det virker også som tvangsbruk tas alvorlig av helsepersonell og kun brukes i de tilfellene der det er helt nødvendig. I artiklene kan vi i tillegg lese at det er en sammenheng mellom schizofreni og vold, og at vurderingen for innleggelse etter §3 er for lav, fordi mange tvangstilak etter denne paragrafen blir opphevet dagen etter. Dessuten er det satt spørsmål ved om de etiske verdiene autonomi (respekt for pasientens eget ønske), ansvarlighet (ivareta pasientens beste interesse), skånsomhet (hindre skade) og rettferdighet (løse like problemer likt) er innfridd ved bruk av tvang.

Det er vanskelig å trekke en slutning om bruk av tvang i psykiatrien i Norge kan forsvares etisk eller ikke. Forskningen har en tendens til å vise ulike resultater som kan tale både for og imot tvangsbruk. Imidlertid er det slik at det brukes store ressurser på behandlingen av schizofrene pasienter i Norge, og bruken av tvang er svært strengt regulert i landet. Dette er selvfølgelig fordi samfunnet ønsker å verne om denne pasientgruppen, med menneskers liv og helse i fokus. Det kan også tenkes at schizofrene pasienter handler

svært irrasjonelt i de tilfellene de motsetter seg nødvendig hjelp og behandling, nettopp fordi de lider av en svært alvorlig psykisk sykdom. Den høye selvmordsrisikoen taler for dette. Det er heller ikke komplisert å forstå at det kan være vanskelig for helsepersonell å bestemme om tvang skal benyttes eller ikke, i frykt for at en pasient skal skade seg selv eller andre, eller med tanke på at pasienten kan føle seg utsatt for et overgrep. Det er helt klart at tvang må benyttes i enkelte situasjoner, men bruken bør fortsatt være strengt regulert og må kun brukes i situasjoner der det er helt nødvendig.

Det er fortsatt en del uklarheter og motsigende resultater rundt det etiske aspektet knyttet til bruk av tvang i psykiatrien. Derfor er det fortsatt behov for forskning på dette området. I og med at dette temaet hyppig tas opp i ulike arenaer, spesielt i media, er det viktig å få klarhet rundt emnet.

Referanser

- 1) Kringlen E. Psykiatri. 9. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS; 2008.
- 2) www.helsedirektoratet.no [hjemmeside på Internett]. Helsedirektoratet [sitert 24. mai, 2012] Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2010/Publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2010.pdf>.
- 3) Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
- 4) www.ordbok.no [hjemmeside på Internett]. Oslo: Turist Ordboken DA [sitert 10. november, 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?OPP=schizofreni&bokmaal=S%F8k+i+Bokm%E5lsordboka&ordbok=bokmaal&alfabet=n&renset=j>.
- 5) Rund BR. Schizofreni. 3. utgave. Stavanger: Hertervig Forlag; 2008.
- 6) www.who.int [hjemmeside på Internett]. World Health Organization [sitert 10. november, 2010]. Tilgjengelig fra: http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1827_8054.htm.
- 7) www.who.int [hjemmeside på Internett]. World Health Organization [sitert 10. november, 2010]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- 8) The Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study (GWAS) Consortium. Genome-wide association study identifies five new schizophrenia loci. *Nat Genet* 2011; 43: 969 - 76.
- 9) Bergeset T. Hormonelle forhold av betydning for psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131:2438.
- 10) Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319 - 8.
- 11) Høiseth G, Hjelmeland K, Bachs L. Fensyklidin - englestøv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:2775-6.

- 12) Kingdon DG, Turkington D. Kognitiv terapi ved schizofreni. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
- 13) McKenna, PJ. Schizophrenia and related syndromes. 2. edition. East Sussex: Routledge; 2007.
- 14) Møller P, Husby R. Det initiale prodrom ved schizofreni - kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:2425-9.
- 15) Birchwood M, Jackson C. Schizophrenia. East Sussex: Psychology Press Ltd; 2001.
- 16) psyweb.com [hjemmeside på Internett]. [sitert 05. februar, 2011] Tilgjengelig fra: http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/Axis_V.jsp.
- 17) www.legemiddelhandboka.no [hjemmeside på Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [sitert 19. november, 2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelhandboka.no/xml/index.php?frid=Lk-05-psykisk-1192&ID=Lk-05-psykisk-1210&stord=52050>.
- 18) www.felleskatalogen.no [hjemmeside på Internett]. Oslo: Felleskatalogen AS [sitert 16. november, 2010]. Tilgjengelig fra: http://www.felleskatalogen.no/felleskatalogen/show.do?filename=/content/preparat-register/L/Leponex...Novartis_560891.html&printable=1&frameset=0&href=1&highlight=0&thin=0.
- 19) Høyer G, Dalgard OS. Lærebok i rettspsykiatri. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002.
- 20) www.lovddata.no [hjemmeside på Internett] [sitert 01. mai, 2011] Tilgjengelig fra: <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-062.html#3-3>.
- 21) www.lovddata.no [hjemmeside på Internett] [sitert 01. mai, 2011] Tilgjengelig fra: <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-063.html>.
- 22) www.lovddata.no [hjemmeside på Internett] [sitert 01. mai, 2011] Tilgjengelig fra: <http://www.lovddata.no/all/tl-19020522-010-005.html>.
- 23) Opjordsmoen S. Noen etiske aspekter ved schizofrenibehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2306-8.
- 24) Friis S. Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelses? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:3365.

- 25) Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45:1087-1093.
- 26) O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45:631-638.
- 27) Iversen K, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry* 30 2007; 504-511.
- 28) Steinert T, Schmid P. Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2004; 55:786–791.
- 29) Wallsten T, Kjellin L, Lindström L. Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:975-980.
- 30) Priebe S, Bröker M, Gunkel S. *Involuntary Admission and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Schizophrenia Patients*. W.B. Saunders Company 1998.
- 31) Meyer H, Taiminen T, Vuori T. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187:343–352.
- 32) Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does Fear of Coercion Keep People Away from Mental Health Treatment? Evidence from a Survey of Persons with Schizophrenia and Mental Health Professionals. *Behav. Sci. Law* 21 2003; 459-472.
- 33) Kjellin L, Høyer G, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Sigurjónsdóttir M. Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:241-247.
- 34) Bjørngaard JH, Heggstad T. Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:3369-74.

- 35) Wynn R, Kvalvik A, Hynnekleiv T. Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nord J Psychiatry* 2010; Early Online, 1–5.
- 36) Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand J Caring Sci*; 2002; 16; 287–291.
- 37) Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64 (6), 538-548.
- 38) Tuninger E, Levander S, Bernce R, Johansson G. Criminality and aggression among psychiatric in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 294 - 300.
- 39) Rasmussen K, Levander S. Schizofreni og vold. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 23, 2002; 122: 2303–5.
- 40) Gjelstad K, Løvdahl H, Ruud T, Friis S. Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123:917-20.
- 41) Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 213-9.