

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) med samtykke og på tvang

Mabroor Ahmad



Prosjektoppgave ved profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Jørgen Dahlberg

UNIVERSITETET I OSLO

2016

Mabroor Ahmad

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) med samtykke og på tvang

English title: Electroconvulsive therapy (ECT), consent and coercion

© Mabroor Ahmad

2016

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) med samtykke og på tvang

Mabroor Ahmad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

BAKGRUNN: I Norge er behandling med ECT i samsvar med loven bare hvis informert samtykke foreligger, men behandlingen gis likevel på tvang i nødrettsituasjoner.

METODE: Innhentet kunnskapsgrunnlag ble vurdert i lys av medisinsk-etiske prinsipper. Etske overveielser ble sammenholdt med juridiske føringer på området.

RESULTATER: ECT, gitt på korrekt indikasjon, er en trygg og effektiv behandlingsmetode sammenlignet med annen behandling. Pasienter vil oppleve kognitive bivirkninger av ECT, men behandlingen kan likevel forvares etisk. Informert samtykke er eneste gyldige hjemmelsgrunnlag for behandling med ECT i Norge. Ved alvorlig depresjon med uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd vil imidlertid ECT kunne være den eneste akuttbehandlingen som er tilstrekkelig for å redde liv eller forhindre alvorlig helseskade. Profesjonsetikken kan da kreve av helsepersonell at behandling med ECT gis, selv om dette må gjøres med tvang. Gjeldende rettstilstand tillater tvungen behandling med ECT på nødrett i Norge, men inngripenen mangler spesifikk lovhjemmel. I Sverige er ECT gitt på tvang tillatt på lik linje med annen tvungen psykiatrisk behandling, mens i Danmark er det spesifikk lovhjemmel med nødrettslignende vilkår som må være oppfylt for tvungen behandling med ECT.

FORTOLKNING: Økende vektlegging av pasientens autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse i helselovgivningen stiller høye krav til helsepersonells vurderinger, rolleforståelse og kommunikasjon. I bestemte situasjoner kan det være nødvendig å gi inngripende behandling med tvang. Gjeldende rettstilstand i Norge tillater systematisk anvendelse av tvungen behandling med ECT på nødrett, men den juridiske konstruksjonen er uholdbar. Vilkårene som ligger til grunn for tvungen behandling med ECT på nødrettsgrunnlag, bør lovfestes.

Abstract

BACKGROUND: Treatment with ECT in Norway is legal only with informed consent. Yet the treatment is done with coercion in some situations on the grounds of necessity.

METHODS: The platform of knowledge for ECT was obtained and assessed in light of principles of biomedical ethics. Ethical considerations were compared to legal regulations in the area.

RESULTS: Compared with other treatments, ECT is safe and effective when given on correct indications. Patients experience adverse cognitive effects of the treatment, and for some patients the adverse effects may be considerable. Nevertheless, the treatment can be defended on the basis of ethical principles. Informed consent is the only legal basis for treatment with ECT in Norway. In major depression with severe suicidality or food refusal, ECT may be the only acute treatment sufficient to prevent death or severe health injury. Professional ethics may then require health personnel to do this intervention, even if it has to be done by coercion. The legal position today in Norway is that compulsory treatment with ECT on the grounds of necessity is allowed, but the intervention lacks specific legal authority. Swedish law allows ECT as a compulsory psychiatric treatment, while Danish law reserves the use of ECT to life-threatening conditions.

CONCLUSION: In certain situations, compulsory psychiatric treatment may be necessary. The Norwegian legislation has an increased focus on patient rights, but the use of ECT as a compulsory treatment in life-threatening situations lacks proper legal authority. This should be solved by fixing by law the current practice.

Innhold

1	Innledning.....	1
2	Metode.....	2
3	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	3
3.1	Historie	3
3.2	Utførelse	3
3.3	Indikasjon	3
3.4	Virkningsmekanisme	4
3.5	Forberedelser	5
3.6	Effekt	5
3.7	Uønskede effekter.....	6
3.8	Omfang	7
3.9	Kritikk av ECT	7
4	Medisinsk-etiske overveielser	9
4.1	Autonomiprinsippet	9
4.2	Ikke-skade-prinsippet	10
4.3	Velgjørhetsprinsippet.....	11
4.3.1	Når velgjørhet er obligatorisk.....	11
4.3.2	Paternalisme	12
4.4	Rettferdighetsprinsippet.....	13
5	Rettslige grunnlag for helsehjelp i Norge	14
5.1	Innledning	14
5.2	Frivillighet	14
5.2.1	Samtykke	14
5.2.2	Samtykkekompetanse.....	15
5.2.3	Når pasienten ikke er samtykkekompetent.....	16
5.3	Tvang	18
5.3.1	Legalitetsprinsippet	18
5.3.2	Tvang i helseretten	18
5.3.3	Psykisk helsevernloven	20
5.3.4	Nødrett.....	22
5.3.5	Internasjonal kritikk	25

6	Rettslige grunnlag for tvang i psykiatrien i andre skandinaviske land	27
6.1	Sverige	27
6.1.1	Lag om psykiatrisk tvångsvård	27
6.1.2	Tvungen behandling med ECT	29
6.2	Danmark	30
6.2.1	Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.....	30
6.2.2	Tvungen behandling med ECT	31
7	Veien videre	33
7.1	Prop. 147 L (2015-2016) om økt selvbestemmelse og rettssikkerhet	33
7.1.1	En kompetansebasert modell.....	33
7.1.2	Forlengelse av den obligatoriske undersøkelsestiden før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering	34
7.2	Mulige konsekvenser av å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern.....	34
7.3	Tvungen behandling med ECT.....	35
7.3.1	Forslag til hvordan adgangen til tvungen behandling med ECT kan løses i det norske lovverket	35
8	Konklusjon	37
	Litteraturliste	38

1 Innledning

Pasientautonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse vektlegges i stadig økende grad i klinisk praksis, profesjonsetikken og helselovgivningen. Det er et helsepolitisk mål å redusere bruken av tvang i helsetjenesten. Målet for denne oppgaven er å avveie ulike tilnærminger til etiske og juridiske problemstillinger ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) med samtykke og på tvang, og utfra dette komme med forslag til hvordan problemstillingene kan løses.

ECT har alltid vært i et kritisk lys. Oppgaven gjør rede for behandlingsmetoden basert på et oppdatert kunnskapsgrunnlag. Omfanget av og kritikken mot behandlingsformen presenteres. Oppgaven gjør rede for fire sentrale medisinsk-etiske prinsipper: autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Behandling med ECT vurderes i lys av disse prinsippene.

Problemstillinger knyttet til pasientautonomi, informert samtykke, samtykkekompetanse og tvungen behandling presenteres, og det gjøres rede for hvordan problemstillingene er løst i den norske lovgivningen. Bruk av tvungen behandling med ECT i Norge har en sentral plass i oppgaven og drøftes på bakgrunn av kunnskapen om behandlingen, etiske overveielser og gjeldende regelverk. Oppgaven presenterer kort den internasjonale kritikken som har blitt rettet mot Norges bruk av ECT på tvang uten lovhjemmel. Vilkår for tvungen psykiatrisk innleggelse og behandling i Sverige og Danmark belyses med særlig fokus på hvordan adgangen til tvungen behandling med ECT er løst i lovgivningen i disse landene.

Oppgaven tar for seg utvalgte deler av et nytt lovforslag på området for tvungent psykisk helsevern og behandler noen mulige konsekvenser ved endring av gjeldende rettstilstand i henhold lovforslaget. Det presenteres et forslag om at gjeldende rettstilstand på området for tvungen behandling med ECT bør lovfestes for å øke rettssikkerheten, og det gis en konklusjon.

2 Metode

Kunnskapsgrunnlaget for ECT er innhentet ved søk på «electroconvulsive», «electroconvulsive treatment» og «ECT» på McMaster PLUS. Herfra ble retningslinjene «Overview of electroconvulsive therapy (ECT) for adults» (1) og «Unipolar major depression in adults: Indications for and efficacy of electroconvulsive therapy (ECT)» (2) fra oppslagsverket UpToDate valgt, og referanselisten fra retningslinjene ble fulgt videre. I tillegg støtter kunnskapsgrunnlaget seg på høringsutkastet til nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling (3), som inneholder en vurdering av studiene den er basert på, og herfra er utvalgte referanser fulgt. Utkastet til retningslinjen er datert 30. august 2016. Kunnskapsgrunnlaget er oppdatert per 31. oktober 2016.

Den etiske drøftelsen har utgangspunkt i referanseverket «Principles of Biomedical Ethics» av Beauchamp og Childress (4). I tillegg er referanselisten til høringsutkastet gjennomgått for å finne relevant materiale til den etiske drøftelsen.

Den juridiske drøftelsen baserer seg på nasjonale og internasjonale rettskilder. Det er vist til lover, forarbeider og rundskriv i Norge, Sverige og Danmark. Rundskriv fra Helsedirektoratet er tillagt betydning for å fastlegge tolkningspraksis ettersom disse fungerer som veiledere for klinikere som setter seg inn i lovverket.

3 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

3.1 Historie

Bruken av epileptiske anfall for å behandle psykisk sykdom begynte med observasjoner av at schizofrene pasienter ofte fikk en forbigående bedring etter et spontant anfall (5, 6). I begynnelsen ble anfall fremkalt med medikamenter. I 1938 brukte italienske psykiatere strøm for å indusere anfall som behandling for schizofreni, og elektrokonvulsiv terapi (ECT) har siden da blitt brukt til å behandle psykiske symptomer (1). I Norge ble ECT tatt i bruk på Universitetets psykiatriske klinikk på Vinderen i 1942 (7).

3.2 Utførelse

Ved ECT utløses et generalisert epileptisk anfall ved at elektrisitet påføres mot pasientens hode (1). Siden introduksjonen av ECT har teknikken og gjennomføringen blitt videreutviklet, og i dag brukes modifisert ECT i Norge (8). Ved modifisert ETC benyttes generell anestesi samt muskelrelakserende medikamenter for å redusere risikoen for beinbrudd og muskelskader. ECT gis ofte i en serie på mellom 8 til 12 behandlinger 2 eller 3 ganger i uken (8). For å hindre tilbakefall, er vedlikeholdsbehandling nesten alltid indikert etter en vellykket ECT-serie (2).

3.3 Indikasjon

Den primære indikasjonen for ECT er alvorlig depresjon som er livstruende eller signifikant hindrer funksjon (2), men er ikke avgrenset til dette. ECT kan gi en rask klinisk respons og kan derfor være indikert som førstelinjebehandling ved enkelte akutte kliniske situasjoner. Disse er uttalt selvmordsadferd, uttalt psykose, katatoni og feilernæring hos pasienter med ernæringsvegring sekundært til depressiv sykdom (2, 9, 10). ECT kan raskt redusere selvmordstanker og –adferd (2, 11). Selv om ECT hovedsakelig brukes til å behandle alvorlig depresjon, har behandlingen også som indikasjon pasienter med andre tilstander, inkludert bipolar lidelse, katatoni og malignt nevroleptikasyndrom (1).

ECT er mest effektiv ved alvorlig depresjon og katatoni (2, 8). ECT gis ved utilstrekkelig effekt av medikamentell og ikke-medikamentell behandling, eller hvis slik behandling ikke

tolereres av pasienten eller ikke har effekt raskt nok. Over tiden har indikasjonen for ECT endret seg fra å være førstelinjebehandling ved alvorlig depresjon til å bli siste utvei ved behandling av behandlingsresistent depresjon (8). ECT forblir likevel førstelinjebehandling ved alvorlige livstruende tilstander som alvorlig depresjon med psykose, høy selvmordsrisiko, kataton stupor, ernæringsvegring eller alvorlig vegetativ dysregulering (2, 8).

I høringsutkastet til nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling gis det sterk anbefaling for ETC kun som vedlikeholdsbehandling ved depresjon (3). Det er svak anbefaling for behandling med ECT der annen behandling ikke har ført frem ved moderat til alvorlig depresjon, katatoni, bipolare lidelser, schizoaffective lidelser, postpartumpsykoser og selvmordsadferd og –tanker. Svak anbefaling er det også for ECT som førstevalgsbehandling ved depresjon. ECT anbefales ikke ved schizofreni.

Absolutte kontraindikasjoner mot ECT er stort sett de samme som for generell anestesi, ettersom generell anestesi benyttes ved ECT.

3.4 Virkningsmekanisme

ECT har lenge har vært i bruk i behandlingen av psykiske lidelser, og dagens praksis er basert på observerbare kliniske effekter (3). Virkningsmekanismen er ikke fullt ut kjent, men mange av endringene i sentralnervesystemet er det god dokumentasjon for (1, 3). Studier på mennesker og dyr visert at ECT øker frigjøringen av monoamine transmitterstoffer, særlig dopamin, serotonin og noradrenalin (1, 12-15). ECT øker også overføringen av monoamine nerveimpulser ved å desensibilisere presynaptiske adrenerge autoreseptorer (1). Den neuroendokrine hypotesen går ut på at ECT motvirker depresjon ved å få hypothalamus og hypofysen til å frigjøre hormoner, inkludert prolaktin, thyreoideastimulerende hormon, adrenokortikotrop hormon og endorfiner (12). Basert på at ECT har antikonvulsive egenskaper, er det foreslått at disse egenskapene er ansvarlige for den terapeutiske effekten ved behandlingen (1, 12, 16). Den nevrotrofe hypotesen går ut på at ECT virker ved å øke nevrotrofe signaler og indusere nevrogenese (hjernens strukturelle plastisitet) (1). Flere studier har funnet at ECT øker *brain-derived neurotrophic factor* og volumet av grå substans i hippocampus, amygdala og tinninglappene (12, 17-22). Positronemisjonstomografi demonstrerer redusert metabolsk aktivitet i cortex frontalis og cortex cingularis etter ECT (23). Kvantitative elektroencefalogram visert økt deltabølgeaktivitet i cortex prefrontalis etter ECT; dette er assosiert med klinisk respons (24).

3.5 Forberedelser

Etter en vurdering av om det er indikasjon for ECT, gjøres en evaluering av psykiatrisk og kognitiv status som tjener som referansepunkter for vurdering av respons og kognitive virkninger av behandlingen (1). Det tas en fullstendig anamnese med særlig vekt på hjerte-, lunge- og nevrologisk sykdom samt tidligere gjennomgått kirurgi, og det utføres en relevant klinisk undersøkelse inkludert tannstatus. Det noteres om pasienten er høyre- eller venstrehendt. Laboratorieprøver tas avhengig av komorbiditet. Anamnese, klinisk undersøkelse og laboratorieprøver tas for å identifisere og behandle eventuelle somatiske tilstander som kan være assosiert med økt risiko for generell anestesi og for bivirkninger ved ECT. Pasienter kan som regel trygt fortsette bruken av antidepressiva, antipsykotika eller lithium for synergieffekt (1). Antiepileptika og benzodiazepiner kommer ofte i veien for generell anestesi ved ECT og kan være nødvendig å seponere (1, 25).

3.6 Effekt

Metaanalyser indikerer at ECT er mer effektiv enn en hvilken som helst annen behandling ved alvorlig depresjon (26-28). Pasienter med alvorlig depresjon kan ha rask remisjon med ECT, inkludert eldre pasienter (29). Respons ses typisk etter to til fire behandlinger.

Selv mordstanker og -adferd kan reduseres raskt med ECT (30). Forstyrrelser i søvn og appetitt samt energiløshet kan bedres før det ses bedring i sinnsstemning, skyldfølelse og selvfølelse.

Noen pasienter opplever umiddelbar symptomlette etter første ECT, men sjelden oppnås remisjon med én ECT-serie. Etter 9 behandlinger (3 uker) vil omtrent 60 % av pasientene med alvorlig depresjon ha remisjon av sykdommen (9). Respons eller remisjon ved ECT avhenger av grad av behandlingsresistens mot medikamentell behandling før ECT. Pasienter som får ECT som førstelinjebehandling mot depresjon og ikke har blitt behandlet med antidepressiva mot depresjonen, har en responsrate på 80-90 % og en remisjonsrate på 60-90 % (8, 9, 31-33). Pasienter med resistent depresjon har ved ECT responsrate på 60-90 %, men remisjonsraten er så lav som 30 % (8, 34-38). Pasienter som har depresjon med psykose, har høyere respons- og remisjonsrater enn pasienter som ikke har psykose (27). ECT kan ha god effekt hos pasienter med akutt mani (8, 39-41) og hos pasienter med visse former for schizofreni som grenser mot affektive lidelser (8).

Selv om ECT kan være effektivt ved alvorlig depresjon, vil de fleste pasientene som responderer på behandlingen senere få tilbakefall uten vedlikeholdsbehandling med psykofarmaka eller ECT (2, 42, 43). Derfor er vedlikeholdsbehandling nesten alltid indikert etter en vellykket serie med akutt ECT (2).

3.7 Uønskede effekter

Dødeligheten som følge av ECT-prosedyren er sammenlignbar med dødeligheten ved mindre kirurgiske inngrep som innebærer generell anestesi (1, 44, 45). Dødeligheten er hovedsakelig relatert til kardiopulmonale hendelser. Somatiske bivirkninger inkluderer aspirasjonspneumoni, beinbrudd, tann- og tungeskader, hodepine, kvalme og muskelsmerter (1). Hodepine er den vanligste og ufarlige somatiske bivirkningen ved ECT. Pasienter kan forvente noe hodepine etter hver behandling. Hodepinen kan ofte lindres medikamentelt.

De fleste pasientene som gjennomgår ECT, vil oppleve kognitive bivirkninger under og etter en behandling. 50-80 % av pasientene opplever hukommelsestap avhengig av elektrodeplassering, stimulustype og -dose, anestesi og kognitiv status før behandling (46). Objektive tester tyder imidlertid på at kognitive avvik vanligvis er kortvarige (1, 47, 48). Nedsatt kognisjon på grunn av depresjon bedres ofte etter en ECT-serie (1, 49).

ECT forårsaker tre typer nedsettelse i kognisjon: akutt delirium, anterograd amnesi og retrograd amnesi (1). Akutt delirium («konfusjon») er et resultat av både anfallet og anestesen og går typisk tilbake 10 til 30 minutter etter prosedyren (1). Anterograd amnesi (nedsatt evne til nyinnlæring) tilkommer under en ECT-serie og går typisk tilbake innen to uker etter avsluttet behandlingsserie (1). Retrograd amnesi (reduert hukommelse for hendelser før ECT) er den kognitive bivirkningen som skaper mest engstelse (1). Det er tap av minner fra hendelser som skjer mens ECT-serien tas og for en periode uker til noen måneder før dette (1). Hukommelsestapet er størst og mest vedvarende for faktaopplysninger man hadde tilegnet seg (upersonlige fakta) enn for hendelser i eget liv (autobiografisk informasjon) (50). Bilateral ECT medfører mer retrograd amnesi enn høyresidig unilateral (50).

Noen av de tapte minnene fra hendelser før ECT-serien kan forventes å komme tilbake, mens andre ikke vil kunne forventes å komme tilbake. 29-55 % av pasientene opplever vedvarende eller permanent tap av minner (46). Etiologien for mer uttalt hukommelsestap enn typisk erfart, er kontroversiell (1, 3).

3.8 Omfang

Tall fra Norsk pasientregister viser at i 2015 ble ECT utført omtrent 4 600 ganger i Norge. Om lag 520 pasienter fikk ECT i Norge dette året (3). Pasienter med affektive lidelser er den gruppen som oftest får ECT (3). To tredeler av prosedyrene ble utført i institusjoner for psykisk helsevern i Norge; den siste tredelen ble innrapportert fra somatiske sykehus (3). Bruken av ECT i Norge varierer mellom ulike helseforetaksområder (3), og det er usikkerhet knyttet til disse tallene.

Helsedirektoratet gjennomførte for året 2012 en spørreundersøkelse hvor 843 ECT-serier ble kartlagt (3). Dataene hadde grunnlag i skjønnsmessig rapportering og er ikke fullstendige for landet. Utilstrekkelig effekt av psykofarmaka og tidligere opplevd god effekt av ECT ble oppgitt å være de viktigste indikasjonene for ECT. Ti enheter besvarte undersøkelsen. Ni av disse oppga at det gis vedlikeholds-ECT ved foretaket. Tre av de ti enhetene hadde gitt ECT på nødrett i 2012. Omfanget av ECT gitt på nødrett, er ukjent.

Sverige har kvalitetsregister for ECT. I 2015 ble det gitt 3268 ECT-serier i Sverige. 18 % av disse, svarende til om lag 588 ECT-serier, ble gitt med hjemmel i *lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård* (51). I Danmark registreres ECT i Landpatientregisteret. Registeret viser at det i 2015 ble utført 20 777 behandlinger med ECT i Danmark. Det ble dette året satt i verk 96 vedtak om ECT på tvang i Danmark (52). Sundhetsstyrelsen gjorde i 2010 en utredning som viste en økning i antallet behandlinger med ECT fra 2000 til 2005 (53). Etter dette skal antallet behandlede pasienter ha stabilisert seg på om lag 1 700 i året. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til disse tallene.

3.9 Kritikk av ECT

ECT har alltid vært og forblir i et kritisk lys. Inklusjonskriterier har variert i ulike perioder, og det har vært innvendt at ECT historisk har blitt gitt som eneste tilbud til personer som åpenbart var i behov for noe annet enn legemidler. Fra pasient- og borgerrettighetsorganisasjoner har kritikken vært at ECT i stor grad har vært gitt uten tilstrekkelig informasjon og samtykke. Bruk av ECT har blitt kritisert fordi virkningsmekanismen har vært og fortsatt er overveiende ukjent, og muligheten for kognitive langtidsskader, særlig hukommelsesutfall, påpekes (54). Diskusjonen rundt ECT er og har vært ideologisk preget (55).

ECT skildres i skjønnlitteratur og film, og populærfremstillinger antas å ha stor betydning for generelle holdninger til ECT (56). Filmatiseringen av romanen *Gjøkeredet* (originaltittel: *One Flew Over the Cuckoo's Nest*) fra 1975 viser ECT bli brukt som straffemetode overfor hovedpersonen og medpasienter i en psykiatrisk døgnavdeling når de setter seg opp mot husordensregler og har utagerende adferd. I 1993 ble filmen ansett «kulturelt, historisk eller estetisk betydningsfull» av USAs *Library of Congress* og utvalgt for bevaring i deres nasjonale filmregister (57). I Sylvia Plaths selvbiografiske roman *Glassklokken* (originaltittel: *The Bell Jar*) fra 1963 beskriver Plath blant annet hvor skremmende og smertefullt det opplevdes å få ECT uten anestesi. Andre eksempler på populærfremstillinger av ECT er i filmene *Tilfellet Janice* fra 1971 (originaltittel: *Family life*) og *The Snake Pit* fra 1948. I Solveig Melkeraaens film *Flink pike* fra 2014 beskriver filmskaperen egne opplevelser med ECT på en positiv måte.

Stigma forblir den største hindringen for passende bruk av ECT (1). Kunnskapsnivået om moderne ECT er lavt både hos helsepersonell og pasienter (58). Portretteringen av ECT i media som en primitiv og påtvungen behandling forblir problematisk og skremmer vekk pasienter som kan ha nytte av den. Økt kunnskap hos helsepersonell kan føre til mer gunstig oppfatning av bruken av ECT (59).

4 Medisinsk-etiske overveielser

I det følgende gjøres det rede for fire sentrale medisinsk-etiske prinsipper: autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet, og behandling med ECT vurderes i lys av disse prinsippene.

4.1 Autonomiprinsippet

Autonomiprinsippet er grunnleggende i vår allmenmoral (4) – idéen har solide fundamentet i vestlig åndshistorie. Prinsippet kan begrunnes med individets frihet til å følge sine egne mål, men kan også forankres i menneskets evne til å være selvlovgivende eller til å underordne sine umiddelbare preferanser under mer langsiktige preferanser (60). Det er ulike teorier om hva det innebærer å handle autonomt. Beauchamp og Childress tar for seg styrker og svakheter ved ulike teorier før de presenterer sin egen teori (4), som den videre fremstillingen er basert på. Forfatterne setter opp tre forutsetninger for at en handling skal være autonom:

1. *Intensjon.* Intensjonelle handlinger krever planer i form av en forestilling av rekken av hendelser som må til for at en handling skal bli utført. For at en handling skal være intensjonell, i motsetning til tilfeldig, må den svare til handlerens konsept om den aktuelle handlingen, selv om planlagt utfall ikke er tilfelle. Intet ved intensjonelle handlinger utelukker handlinger som man ønsker at man ikke hadde måttet utføre. Forutsette, men uønskede utfall er ofte del av planlagte intensjonelle handlinger.
2. *Forståelse.* En handling er ikke autonom hvis den som handler ikke har en adekvat forståelse av handlingen. Tilstander som begrenser forståelse inkluderer sykdom, irrasjonalitet og umodenhet. Mangler i kommunikasjonsprosessen kan også redusere forståelse. En autonom handling trenger en vesentlig grad av forståelse, men forståelsen trenger ikke å være fullstendig.
3. *Ikke-kontroll.* Den som handler må være fri for kontroll utøvet av eksterne kilder (for eksempel tvang eller manipulasjon) og av interne tilstander som forhindrer personens målrettelse (for eksempel psykisk sykdom).

Ved å samtykke tillater den som avgir samtykket å utsettes for noe som ellers ikke ville vært tillatt. På det medisinske fagområdet kan dette gjelde undersøkelse, behandling eller forskning. Individets frihet til å kunne velge gjør at det kan samtykke til helsehjelp eller la

være. Autonomiprinsippet innebærer at autonome beslutninger skal respekteres. Prinsippet kan komme i konflikt med andre medisinsk-etiske prinsipper, og i en avveining veies det ikke nødvendigvis tyngst.

4.2 Ikke-skade-prinsippet

Ikke-skade-prinsippet forplikter en å ikke påføre andre skade (4). I medisinsk etikk har prinsippet blitt behandlet som maksimen *Primum non nocere*: Først og fremst å ikke skade (4). Formuleringen tilskrives ofte hippokratiske skrifter, men forekommer ikke i disse (4) og er sannsynligvis av nyere dato (3). Maksimen innebærer at gitt en eksisterende tilstand, kan det være bedre å ikke gi en behandling eller til og med å la være å gjøre noe som helst, enn å risikere å påføre mer skade enn nytte. Mot dette kan det innvendes at enhver medisinsk intervensjon i prinsippet kan ha utilsiktede følger. Mer hensiktsmessig er derfor prinsippet tilskrevet Francis Bacon: å ikke gjøre behandlingen verre enn sykdommen («cure worse than the disease») (3).

Ikke-skade-prinsippet har vært og er sentralt i diskusjonen rundt ECT. Kritikere mener at den terapeutiske effekten er et resultat av nevrobiologiske og -biokjemiske skadevirkninger av behandlingen. Diskusjonen dreier seg likevel i hovedsak om mulig langtidseffekt på hukommelsen. ECT gir hukommelsesvansker i tiden etter behandling (1, 46), og noen kan ha kognitive senfølger. Med modifisert ECT er risikoen for frakturer minimal. Komplikasjoner ved anestesi er tilsvarende risiko generelt ved mindre kirurgiske inngrep. Det er imidlertid beskrevet tannskader. Det anses på gruppenivå at behandlingens positive virkninger oppveier kognitive bivirkninger for den største delen av pasientgruppen som innfrir kriteriene for ECT. Den typiske pasienten som innfrir kravene til ECT, har alvorlig depresjon og vil i noen grad kunne akseptere hukommelsestap i bytte mot at den depressive episoden skal opphøre.

Når behandling gis med tvang, vil tvangen i seg selv medføre skade. Skadevirkningen av tvang må tas med i avveining av om behandlingens positive virkninger oppveier dens skadevirkninger. Effekten av ECT er vist hos pasienter som ikke motsetter seg behandlingen, men dette kan stille seg annerledes for pasienter som gjennomgår tvungen behandling med ECT. Det mangler evidens for virkningen av ECT gitt på tvang, og det kan derfor være usikkerhet knyttet til om de positive virkningene av ECT overveier skadevirkningene når behandlingen gis med tvang. Tvungen behandling med ECT kan likevel være i samsvar med ikke-skade-prinsippet når risikoen for død eller alvorlig helseskade er overhengende. Selv om

det er manglende evidens for tvungen behandling med ECT, vil muligheten for at behandlingen kan avverge den overhengende og alvorlige faren for liv og helse kunne oppveie behandlingens skadevirkninger. Begrunnelsen er at ECT kan være formålstjenlig og at det ikke er andre behandlingsalternativer som vil være tilstrekkelige for å avverge faren. Alternativet vil være å akseptere risikoen ved og konsekvensene av å ikke gjøre noe, det vil si å la pasienten dø eller påføres alvorlig helseskade.

4.3 Velgjørenhetsprinsippet

4.3.1 Når velgjørenhet er obligatorisk

Allmenmoralen krever ikke bare at vi respekterer den enkeltes autonomi og unnlater å skade andre, men også at vi bidrar til deres velferd. Disse velgjørende handlingene faller inn under velgjørenhetsprinsippet: en moralsk plikt til å handle for andres beste. Forskjellen mellom ikke-skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet ligger i at ikke-skade-prinsippet bare krever intensjonell unnlattelse av handlinger som fører til skade. Av velgjørenhetsprinsippet følger en plikt til å hjelpe ved å forhindre skade, fjerne eksisterende skade og gjøre godt. Mange velgjørende handlinger er ikke obligatoriske, men noen former for velgjørenhet er obligatorisk. Som nedre grense for når en person X er forpliktet til å handle velgjørende, i form av plikt til å komme en person Y til unnsetning, foreslår Beauchamp og Childress følgende modell (gitt at X er klar over de relevante fakta) (4):

1. Y er i fare for betydelig tap av eller skade på liv, helse eller annen grunnleggende interesse
2. X' handling er nødvendig (alene eller i fellesskap med andre) for å forhindre tapet eller skaden
3. X' handling (alene eller i fellesskap med andre) vil med høy sannsynlighet forhindre tapet eller skaden
4. X' handling vil ikke medføre betydelig risiko, kostnad eller byrde for X
5. Nyten som Y kan forventes å ha overgår enhver skade, kostnad eller byrde som X antagelig vil utsettes for

Etter denne modellen inntreffer plikten til å komme til unnsetning hvis, og bare hvis, alle kriteriene er oppfylt. Imidlertid vil det måtte fastsettes nærmere hvor terskelen går for hva som utgjør «betydelig risiko, kostnad eller byrde for X».

Den typiske pasienten som vurderes for ECT, vil ha alvorlig depresjon og kan ha ernæringsvegring eller selvmordsadferd som medfører fare for død eller alvorlig helseskade hvis tilstanden vedvarer eller forverres. Velgjørhetsprinsippet kan da forplikte helsepersonell til å gripe inn for å forhindre dette. Det foreligger empiri om positiv behandlingseffekt av ECT for denne pasientgruppen, og det er ingen ulemper av betydning som helsepersonellet og samfunnet vil utsettes for. Etter velgjørhetsprinsippet kan det da være plikt til å komme til å komme til unnsetning. Imidlertid er velgjørhetsprinsippet ett av flere medisinsk-etiske prinsipper og kan komme i konflikt med for eksempel autonomiprinsippet, og en avveining av prinsippene vil da være nødvendig.

Det er en implisitt forutsetning om velgjørhet i alle profesjoner og institusjoner i helsetjenesten. Det å se til pasientenes velferd, ikke bare unngå skade, er en helt grunnleggende del av klinisk medisin. Forebyggende medisin, folkehelsearbeid og biomedisinsk forskning innehar verdier om velgjørhet for folket.

4.3.2 Paternalisme

Paternalisme kan defineres som «den intensjonelle overstyringen av en persons preferanser eller handlinger av en annen person, hvor personen som overstyres rettferdiggjør dette ved å appellere til målet om å velgjøre eller forhindre eller redusere skade for personen hvis preferanser eller handlinger overstyres» (4). Selv hvis en persons ønsker og intensjonelle handlinger i det vesentlige ikke er autonome, kan overstyring av disse være paternalistisk etter denne definisjonen.

Diskusjonen om medisinsk paternalisme fokuserer på hvordan man kan balansere autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet, hvilket prinsipp som bør følges under ulike forutsetninger og hvordan en bør gripe inn i pasienters beslutninger når dette er berettiget. Den helserettslige lovgivningen om bruk av tvang er et resultat av slike avveininger. Generelt gjelder det at jo større fare det er for en pasients velferd eller for en irreversibel skade, desto større er sannsynligheten for at den paternalistiske inngripenen kan rettferdiggjøres (4). Dette kan gjelde for pasienter med ernæringsvegring eller selvmordsadferd ved alvorlig depresjon, som uten en effektiv akuttbehandling kan være i betydelig fare for å dø eller å få alvorlig helseskade hvis tilstanden vedvarer eller forverres. Det kan da være rettferdiggjort å gi ECT på tvang.

4.4 Rettferdighetsprinsippet

Selv om det er variasjon i bruk av ECT mellom land og regioner, har behandlingsmetoden i liten grad vært kritisert for å være i strid med prinsippet om lik rett til behandling. Det er vist at bruken av ECT varierer globalt fra 0,11 til 5,1 per 100 000 innbygger per år og at behandlingen gis uten narkose på mange kontinenter (8).

Behandlingstilbudet antas å være skjevt fordelt både globalt og nasjonalt. I vestlige land har det vært flest eldre kvinner som har fått ECT, mens i asiatiske land har det vært flest yngre menn med schizofreni som har fått behandlingen (8). Det har vært innvendt at fordi ECT ikke har store kostnader, har den vært foretrukket behandling overfor noen pasientgrupper (3).

ECT bør være tilgjengelig på landsbasis hvis prinsippet om lik rett til behandling følges, og det bør også være klare og tydelige retningslinjer på landsbasis for behandling med ECT og når behandlingen skal gis på tvang for å sikre at holdninger, tilgang og økonomiske forhold på de enkelte behandlingssteder ikke bidrar til skjevheter i bruken av ECT på frivillig eller tvungent grunnlag.

5 Rettslige grunnlag for helsehjelp i Norge

5.1 Innledning

Det er gjort rede for kunnskapsgrunnlaget for ECT, og behandlingen er vurdert i lys av medisinsk-etiske prinsipper. I den videre fremstillingen sammenholdes de etiske overveielserne med juridiske føringer i helseretten. Gjeldende rettslig tilnærming til pasientautonomi, informert samtykke, samtykkekompetanse og tvungen behandling i Norge presenteres, og det nasjonale lovverket om tvungen psykiatrisk behandling sammenlignes med det svenske og det danske. På bakgrunn av kunnskap om ECT, etiske overveielser, rettslige prinsipper og rettskilder gjøres det vurdering av om det rettslige grunnlaget for tvungen behandling med ECT i Norge er holdbart, og det presenteres et forslag om endring av lovverket.

5.2 Frivillighet

5.2.1 Samtykke

Hovedregelen for all helsehjelp i Norge er at den bare kan gis når det foreligger et informert samtykke fra pasienten, jf. lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1. Etter § 4-3 har personer over 16 år som hovedregel samtykkekompetanse til helsehjelp. Pasienten har normalt rett til å nekte helsehjelp og kan når som helst trekke et samtykke tilbake, jf. § 4-1 annet ledd. Samtykket skal være informert, og det betyr at pasienten må få tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som tilbys før samtykke blir avgitt. Etter lovens forarbeider må det gis informasjon om «formål, metoder, ventede fordel og mulige farer»¹ ved helsehjelpen. Man har forsøkt å skille mellom ulike samtykkeformer: uttrykkelig informert samtykke (muntlig eller skriftlig), stilltiende samtykke (hvis man avfinder seg med helsehjelpen som gis, samtykker man) og presumert samtykke (på bakgrunn av hva folk flest ville gjort) (60). Utfra forsvarlighetskravet i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 4 kan det utledes en proporsjonalitetsvurdering:

¹ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 132

jo mer inngripende helsehjelpen er, og jo høyere risiko det er for alvorlige komplikasjoner eller bivirkninger, desto sikrere må helsepersonell være på at pasienten samtykker til behandlingen basert på tilstrekkelig informasjon.²

I høringsutkastet til nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling er det inntatt en sterk anbefaling om at det informerte samtykket skal være skriftlig i tillegg til at det skal journalføres. Dette medfører skjerpet dokumentasjonsplikt sammenlignet med lovgivningen, hvor det ikke er stilt krav om skriftlig samtykke. Begrunnelsen er å dokumentere at gyldig samtykke foreligger. I tillegg er det inntatt en sterk anbefaling om at sentral informasjon bør inngå som en del av det skriftlige samtykket for å sikre og dokumentere at denne er gitt (3). Sverige og Danmark har intet krav om skriftlig samtykke ved ECT (61).

Det vil ikke være uproblematisk å basere behandling med ECT på pasientens informerte samtykke. Den typiske pasienten som vurderes for ECT, har alvorlig depresjon og kan ha nedsatt tankeevne og dømmekraft som følge av sykdommen. Det kan da være tvil om pasienten er kompetent til å samtykke.

5.2.2 Samtykkekompetanse

Å basere en beslutning om helsehjelp på pasientens ønske eller samtykke når pasienten mangler samtykkekompetanse, kan føre til feilbehandling. Når pasienten ikke er samtykkekompetent, kan det ikke legges hovedvekt på å respektere pasientens autonomi, siden forutsetningene for å ta et selvstendig valg ikke er til stede. I stedet må andre ivareta pasientens integritet og interesser.

Fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming kan gjøre at en pasient ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Samtykkekompetansen kan da bortfalle helt eller delvis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd. Det følger av tredje ledd at det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Faglige veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis, fokuserer ofte på fire områder (60):

² Befring (2015) s. 181

- Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av ulike behandlingsalternativer
- Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- Evnen til å uttrykke et valg

5.2.3 Når pasienten ikke er samtykkekompetent

Når pasienten mangler samtykkekompetanse, er spørsmålet hvordan beslutninger om helsehjelp skal tas for pasienten. 3 tilnærminger er ofte foreslått (4, 60):

Vurdering av hva pasienten ville ha ønsket dersom han hadde vært samtykkekompetent.

Denne tilnærmingen har som forutsetning at behandlingsvalg i egentlig forstand tilhører den ikke-samtykkekompetente pasienten, som følge av pasientens rett til autonomi og personvern. Pasienten har dermed rett til å velge og til å ha sine verdier og preferanser tatt på alvor selv om han mangler kompetanse til å utøve disse rettighetene. Argumentet for denne tilnærmingen er at det vil være urettferdig å frata en ikke-samtykkekompetent pasient hans rett til å kunne ta avgjørelser bare fordi han ikke lenger (eller aldri har vært) samtykkekompetent. Tilnærmingen krever at den som vurderer i pasientens sted, velger det som den ikke-samtykkekompetente personen ville ha valgt hvis han var kompetent. Den kan brukes for pasienter som en gang var kompetente, men bare hvis det er grunn for å tro at den som vurderer i pasientens sted, kan ta den avgjørelsen som pasienten ville gjort. I slike tilfeller bør han en så inngående kjennskap til pasienten at valget som gjøres, reflekterer pasientens syn og verdier. Det er ikke tilstrekkelig å bare vite noe generelt om pasientens verdier. Tilnærmingen er bare passende hvis den som tar valget i pasienten sted, med sikkerhet kan svare på spørsmålet «Hva ville *pasienten* ønsket i dette tilfellet?». Hvis han bare kan svare på spørsmålet «Hva er det *du* ønsker for pasienten?», bør valget heller tas på grunnlag av det som er i pasientens beste. For en pasient som aldri har vært samtykkekompetent, kan det ikke foretas representert samtykke da det ikke finnes vurderingsgrunnlag som et representert samtykke kan baseres på.

Relevante skriftlige eller muntlige forhåndsønsker fra pasienten om helsehjelp eller hvem som skal ta avgjørelser om helsehjelp på vegne av pasienten. Denne tilnærmingen gjelder bare for

tidligere autonome, nå ikke-samtykkekompetente pasienter som uttrykte en relevant, autonom preferanse. Etter denne tilnærmingen forplikter autonomiprinsippet oss å respektere slike preferanser, selv om pasienten ikke lenger selv kan uttrykke en preferanse. Dette lar seg vanskelig gjøre i praksis ettersom det kan være tvilsomt om det foreligger tilstrekkelige bevis i en bestemt retning. Selv om det skulle foreligge et forhåndsønske fra pasienten, må det undersøkes nøye om det ønsket som foreligger, er direkte relevant for det aktuelle valget.

En vurdering av hva som er pasientens beste ut fra en vurdering av nytte og risiko ved helsehjelpen. Ofte vil en pasients relevante autonome preferanse ikke være kjent. Pasientens-beste-tilnærmingen går ut på at den som tar valget for pasienten, må fastlegge den høyeste sannsynlige nettofordel blant tilgjengelige alternativer samt vekte interesser pasienten har i hvert valg mot risiko og ulemper ved valget. Begrepet «beste» gjelder fordi den som tar valget for pasienten, er forpliktet til å handle velgjørende for pasienten ved å maksimere nytten gjennom en komparativ evaluering som finner frem til den høyeste sannsynlige fordel. Pasientens-beste-tilnærmingen verner en ikke-samtykkekompetent persons velferdsinteresser ved å kreve at den som tar valget for pasienten, evaluerer risiko og sannsynlige fordeler ved forskjellige behandlinger og alternativer til behandling.

Det har vært hevdet at relevante forhåndsønsker fra den nå ikke-samtykkekompetente pasienten er det som i størst grad representerer respekterer pasientens autonomi og at objektiv vurdering utfra pasientens beste er siste utvei når det ikke foreligger relevante forhåndsønsker eller det ikke lar seg gjøre å finne ut av hva pasienten ville ønsket (4, 60). Flere lands helselovgivning og rettspraksis har en tilsvarende rangering (60). I motsetning til i mange andre land er forhåndsønsker ikke juridisk bindende i Norge.³

Når pasienten ikke er samtykkekompetent, er helsepersonell som hovedregel tillagt ansvaret for å avgjøre om helsehjelpen er i pasientens interesse. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 første ledd kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp for pasienter over 18 år som mangler samtykkekompetanse så lenge helsehjelpen er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom den som er ansvarlig for helsehjelpen anser det å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp, jf. annet ledd. Dette er en form for presumert (antatt) samtykke. Så lenge pasienten ikke har eller antas å ha

³ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 89

en alvorlig sinnslidelse, og ikke motsetter seg helsehjelpen, kan det besluttes å yte psykiatrisk helsehjelp etter § 4-6.⁴ Uavhengig av samtykkekompetanse kan psykiatrisk helsehjelp til pasienter med en alvorlig sinnslidelse eller pasienter som motsetter seg denne helsehjelpen, bare gis med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) kapittel 3. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 innebærer både en objektiv eller medisinsk vurdering og en vurdering av pasientens antatte subjektive preferanser. Pårørende har imidlertid rett til informasjon og medvirkning. Der det er mulig skal det innhentes informasjon pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ønsket, og det skal fremgå av journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 annet ledd. Det er imidlertid uklart når pasientens tidligere uttrykte preferanser, eventuelt slik pårørende oppfatter dem, bør kunne overstyre en mer objektiv vurdering av pasientens beste.

5.3 Tvang

5.3.1 Legalitetsprinsippet

Tvangsinngrep krever i utgangspunktet hjemmel i lov. Legalitetsprinsippet er forankret i Grunnloven § 113: «myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov». Prinsippet er av betydning ved administrativ frihetsberøvelse og andre inngrep i individenes velferd. Der loven åpner for tvangsbruk, kommer begrensede vurderinger inn ved anvendelsen. Tvangsbruken i hvert enkelt tilfelle fremstå som egnet og formålstjenlig, og den må ikke være uforholdsmessig. Mer inngripende tiltak skal ikke benyttes før mindre inngripende tiltak er forsøkt (*minste inngreps prinsipp*).⁵ Dette følger av både alminnelige nasjonale rettsprinsipper og av Den europeiske menneskerettskonvensjonen.

5.3.2 Tvang i helseretten

I helserettslig forstand foreligger tvang når en pasient motsetter seg den aktuelle helsehjelpen og denne likevel gjennomføres. Det er pasientens konkrete motstand mot den aktuelle

⁴ Rundskriv IS-8/2015, s. 84-86

⁵ Befring (2015) s. 180

helsehjelpen som medfører at samtykkebestemmelsene ikke kan anvendes, jf. lovens uttrykk «pasienten motsetter seg» i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-6 tredje ledd, 4A-3 første ledd og 4A-5 annet ledd tredje punktum. Slik motstand fører til at de alminnelige representasjonsreglene og reglene for helsepersonells kompetanse ikke kan anvendes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-5 tredje ledd, 4-6 tredje ledd og 4-6a tredje ledd. Felles for disse bestemmelsene er at pasienten mangler samtykkekompetanse. For personer med psykisk utviklingshemning regnes også som bruk av tvang «tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang», jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 9-2 annet ledd. Tidligere var det ikke tillatt å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsatte seg helsehjelpen. Kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven ble tilføyet ved lovendring i desember 2006 og trådte i kraft i januar 2009. Lovendringen medførte en utvidet adgang til å gi tvungen somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd kan derimot «undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse (...) og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, (...) bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3». Fordi den aktuelle pasientgruppen for ECT vil ha eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, vil pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 ikke komme til anvendelse.

I forarbeidene til loven er unntaket begrunnet med faren for et tosporet system og risiko for omgåelse av de strenge vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven, noe som vil gjøre det vanskeligere å føre kontroll med tvangsbruken.⁶ Det ble derfor ikke åpnet for bruk av representert samtykke hvor pasienten har en alvorlig sinnslidelse, uavhengig av om det foreligger motstand fra pasienten eller ikke. Unntaket omfatter da også pasienter med alvorlig sinnslidelse selv om pasienten samarbeider eller forholder seg passiv til tiltaket. Ettersom psykisk helsevernloven § 4-4 forbyr vedtak av alvorlige inngrep inkludert ECT uten særskilt lovhjemmel, innebærer dette at dersom pasienten ikke har gitt eller kan gi gyldig samtykke, kan ECT som hovedregel ikke benyttes som behandlingstiltak.

⁶ Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 36

5.3.3 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven, med tilhørende forskrift⁷, skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper samt at pasientens behov og respekten for menneskeverdet ivaretas.

§ 1-2 definerer psykisk helsevern som «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.»

Hovedregelen er det psykiske helsevernet skal ytes med samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. § 2-1 første ledd. Etter § 2-2 kan samtykke til å være underlagt reglene om tvungent psykisk helsevern, med unntak for behandling uten eget samtykke og innskrenkninger i forbindelse med omverdenen.

Inngangen til tvungent psykisk helsevern er en legeundersøkelse. Legen skal personlig undersøke personen for å vurdere om lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt og skal utstede en erklæring om dette, jf. § 3-1 første ledd. På bakgrunn av opplysningene som fremkommer av denne undersøkelsen, skal en spesialist i psykiatri eller psykologi personlig undersøke pasienten for å vurdere om de seks vilkårene i § 3-3 er oppfylt.

Hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse». Begrepet «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser, også rusutløste,⁸ faller inn under begrepets kjerneområde. Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår, som for eksempel alvorlige grader av spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Ved avgrensning av hva som utgjør en «alvorlig sinnslidelse», legges det vekt på om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens evne til fungering og realitetsvurdering at tilstanden kan likestilles med en psykosetilstand.⁹

§ 4-4 fastsetter at det overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern kan treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke. Slik undersøkelse og behandling av psykisk lidelse må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis, jf. første ledd. Samtykke må være forsøkt innhentet, og frivillig eller mindre

⁷ Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevern forskriften)

⁸ Rundskriv IS-9/2012, s. 37

⁹ l.c.

inngripende behandling må ikke være tilstrekkelig og det må være stor sannsynlighet for at behandlingen kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av tilstanden eller at vesentlig forverring av sykdommen unngås, jf. tredje og fjerde ledd. Vedtak om tvungen undersøkelse eller behandling fattes av spesialist i psykiatri eller psykologi, skal nedtegnes uten opphold og kan påklages til fylkeslegen av pasienten og pårørende, jf. femte, sjette og syvende ledd. Psykisk helsevernloven § 28 tredje ledd gir klage på vedtak om behandling uten eget samtykke som hovedregel oppsettende virkning dersom den fremsettes innen 48 timer.

Etter § 4-4 annet ledd er det i utgangspunktet forbudt å gjennomføre undersøkelse og behandling som innebærer et «alvorlig inngrep» når pasienten ikke samtykker til dette. Fra dette er det to unntak:

- a. Behandling med legemidler uten eget samtykke.
- b. Ernæringsstiltak uten eget samtykke, som ledd i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse.

Begrunnelsen for unntakene er at det i særlige tilfeller er behov for hjemmel for behandling med bruk av tvang for å gripe inn før det foreligger en nødrettssituasjon.

Det vil være noen pasienter som har så alvorlig depresjon med uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd, at ECT vil kunne være nødvendig og eneste potensielt tilstrekkelige behandling for å forhindre død eller alvorlig helseskade. Disse pasientene vil mangle samtykkekompetanse og være i behov for ECT. Svært få vil hevde at man kan se på at disse pasientene går til grunne. På bakgrunn av dette vil det for denne pasientgruppen være aktuelt med ECT som tvangsbehandlingstiltak. I forarbeidene til psykisk helsevernloven anerkjennes dette, men det gis ingen hjemmel i psykisk helsevernloven for tvungen behandling med ECT til denne pasientgruppen; i stedet henvises det til nødrett:

«Begrensningen i annet ledd om at det uten pasientens samtykke ikke kan gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep overfor pasienten, betyr at det ikke kan benyttes elektrokonvulsjonsbehandling (ECT, også kalt «elektrosjokk») eller inngripende grensesettende tiltak som tvangsbehandlingstiltak. I spesielle nødrettssituasjoner kan man gå lenger i bruk av tvangsbehandlingstiltak enn det dette ledd hjemler, og man vil da også kunne vurdere bruk av ECT..»¹⁰

¹⁰ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999)

Standpunktet ble tatt i forbindelse med Ot.prp.nr.77 (1980-1981) ble dermed videreført i psykisk helsevernloven av 1999. ECT anses dermed som et så inngripende tiltak at behandlingen ikke er tillatt gitt med tvang for å gripe inn før det foreligger en nødrettsituasjon, selv om det er sannsynlig at slik situasjon vil oppstå. Bare andre tiltak etter psykisk helsevernloven kan benyttes, uavhengig av om de er tilstrekkelige eller ikke.

5.3.4 Nødrett

I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven presiseres det at «nødrettsreglene kan hjemle adgang til å gripe inn med medisinsk behandling overfor personer uten samtykkekompetanse selv om de motsetter seg dette».¹¹ Også i juridisk teori er det lagt til grunn at nødrett kan gi et selvstendig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp overfor pasienter.¹² Dette betyr at det i nødrettslige situasjoner kan foreligge rettslig grunnlag for å gi ECT, uavhengig av samtykke og av om pasienten motsetter seg.

Helsepersonelloven § 7

Etter helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp skal helsepersonell

«straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.»

Dette betyr at krav til helsepersonell om å gripe inn i nødrettslignende situasjoner også kan føre til inngrep uten samtykke.

¹¹ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 87

¹² Syse (2015) s. 422

Straffeloven § 17

Nødrett etter lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven) innebærer at en handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den oppfyller vilkårene etter straffeloven § 17:

- a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og
- b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.

Pasienter med alvorlig depresjon og uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd vil det være nødvendig å gi ECT for å redde liv og hindre alvorlig helseskade, ettersom disse pasientene vil være i akutt fare for alvorlig helseskade eller død. Risikoen for alvorlig helseskade eller død er langt større enn skaderisikoen ved ECT, selv hvis pasientens opplevelse av å få ECT på tvang medregnes. Vilkårene for nødrett er dermed oppfylt, og nødrett er et gyldig grunnlag for å gi ECT uten samtykke til pasienter med alvorlig depresjon og uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd. Helsepersonell og helseinstitusjoner som gir ECT på tvang til disse pasientene, vil være fritatt for straff. Bestemmelsen gir imidlertid ikke en selvstendig lovhjemmel for å gi ECT på tvang til de aktuelle pasientene, men favner vidt alle nødrettsituasjoner som måtte oppstå.

I forarbeidene presiserte Helse- og omsorgsdepartementet at ECT uten pasientens samtykke kan

«(...) bare utføres i en akuttsituasjon som ikke kan avhjelpest med andre midler, f.eks bruk av psykofarmaka, og den kan bare fortsette til den konkrete faren er avverget. En slik akuttsituasjon vil det typisk være hvor det foreligger en overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon.»

Tilnærmingen medfører at helsepersonell som gir ECT i en slik situasjon og handler i samsvar med profesjonsetikken og allmenmoralen, i utgangspunktet gjør et tvangsinngrep som er ulovlig, men som kan være fritatt for straff når bestemte vilkår er oppfylt. En slik konstruksjon er ikke hensiktsmessig ettersom helsepersonell har etisk plikt til å benytte tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse for å redde deres liv, men ikke har hjemmel i lov og i ytterste konsekvens står i fare for at straffriheten ikke kommer til anvendelse.

Straffeloven § 17 er ment å omfatte uforutsette situasjoner og er ikke til for systematisk anvendelse slik tilfellet er når ECT systematisk vil kunne gis til pasienter med alvorlig

depresjon og uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd for å redde deres liv. En systematisk anvendelse av nødrett er også i strid med legalitetsprinsippet. Pasienter og pårørende kan klage på vedtak om behandling uten eget samtykke til fylkesmannen etter psykisk helsevernloven § 4-4, men kan ikke klage etter denne bestemmelsen på at tvungen behandling med ECT skal gis på nødrett da dette faller utenfor psykisk helsevernloven. Ettersom fylkesmannen ikke har kompetanse til å nekte at behandling gis på nødrettsgrunnlag, vil en eventuell melding fra psykisk helseverninstitusjon og helsepersonell om at slik behandling er aktuell, bare fungere som en orientering. Siden nødretten ikke begrenser seg til tvungent psykisk helsevern, kan ECT også gis på tvang på nødrettsgrunnlag utenfor slikt helsevern.

Enkelte pasienter vil oppleve en vesentlig bedring i depresjonstilstanden etter én behandling, men for de fleste vil trenge flere behandlinger. Nødretten strekker seg ikke lenger til enn til å avverge den akutte faren. Når pasientens tilstand har blitt bedre, kan ECT ikke lenger gis på nødrett. Effekten av ECT kommer ofte før fullført behandlingsserie, og ettersom nødretten ikke tillater handlinger ut over å avverge den akutte faren, vil pasienten være i risiko for tilbakefall hvis et informert samtykke til fortsatt behandling ikke gis eller kan gis. For pasienter som får slikt tilbakefall, kan det bli nødvendig å starte på nytt med ECT på nødrett, gitt at vilkårene igjen er oppfylt.

I forarbeidene til loven erkjenner Helse- og omsorgsdepartementet at ECT gitt på tvang vil være nødvendig under visse forutsetninger, men kommer likevel til at adgang til tvangsbehandling med ECT ikke bør innføres. Begrunnelsen er at:

«Selv om hensikten er den aller beste ville mulighetene for en tvangsmessig gjennomføring virke svært skremmende på mange pasienter og på deres nærmeste.»¹³

Feiloppfatninger om ECT hos pasienter, pårørende og allmennheten tillegges her større vekt enn å lovfeste gjeldende rettstilstand. Det er ikke redegjort for hvorfor dette stiller seg annerledes når ECT gis på nødrett – muligheten for at ECT kan gis på tvang er uansett til stede under visse forhold. Det fremstår som at lovgiver har unnlatt å lovfeste rettstilstanden for å unngå å måtte svare på kritikk når rettstilstanden blir kjent for allmennheten. Nåværende rettstilstand kan finnes i forarbeidene til loven, men det kan ikke forventes at allmennheten slår opp i disse. Konsekvensene av gjeldende løsning er manglende lovhjemmel, systematisk

¹³ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 109

anvendelse av nødrett, mindre rettssikkerhet med færre klage- og kontrollmuligheter og fare for behov for gjentatt akuttbehandling på nødrett dersom tilstanden forverres og samtykke til fortsatt behandling etter ikke foreligger.

Enda en følge av den valgte løsningen, er manglende oversikt over anvendelsen av ECT på tvang. Ettersom ECT gitt på nødrett er ment å være et sjeldent unntak, er det problematisk å systematisk føre statistikk for noe som i utgangspunktet er forbudt i helseretten. En oversikt kan også vise at omfanget er større enn antatt, og den kan sette tvangsbruken under mer kritisk søkelys, hvilket kan være en bidragende faktor for manglende politiske initiativ på området.

Praksis viser at ECT benyttes på nødrettsgrunnlag i dag, selv om det nærmere omfanget ukjent. En enkel kartlegging viste at 30 % av de behandlingsstedene som ble spurt, hadde anvendt ECT på nødrettsgrunnlag i 2012 (3).

Høringsutkast til nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling

Med nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling ønsker Helsedirektoratet å få til en faglig normering med hensyn til indikasjon, hvilke undersøkelser som bør gjøres før og etter behandling og hvordan behandlingen gjennomføres.

Retningslinjen søker også å avklare spørsmål knyttet til samtykke samt juridiske og etiske problemstillinger (3).

Høringsutkastet til retningslinjen tar for seg det eneste tvangsgrunnlaget for ECT: nødrett. Det følger allerede etablert praksis om individuell vurdering i en akuttsituasjon med en alvorlig psykisk sykdom hvor pasienten er i nærliggende og alvorlig fare for å utvikle en livstruende tilstand og andre tiltak ikke er tilstrekkelige. Beholdes dette i den endelige retningslinjen, vil den vise til gjeldende rettstilstand med systematisk bruk av nødrett i bestemte situasjoner og ikke tilføre noe av betydning på dette området.

5.3.5 Internasjonal kritikk

FNs komité mot tortur og Europarådets menneskerettighetskommisær har kritisert fraværet av tilstrekkelig kontroll med ECT gitt på tvang i Norge. Anbefalingene som disse har gitt, er ikke bindende for Norge.

Etter å ha vært i Norge, kritiserte FNs komité mot tortur i sin konklusjon av 13. desember 2012 Norge blant annet for manglende statistikk for ECT gitt på tvang:

«The Committee, while noting the important steps being taken by the State party to reduce and ensure the correct use of coercive measures in mental health institutions, remains concerned (...) at the lack of available statistical data, including on the administration of electroconvulsive treatment (ECT).¹⁴

Komiteen anbefalte at Norge å etablere «a system for the collection and publication of uniform statistical information on the use of restraints and other coercive methods, including the incidence of ECT». ¹⁵ Dette er ikke gjennomført for ECT.

Europarådets menneskerettighetskommisær konkluderte i sin rapport av 18. mai 2015 blant annet med at han ikke var overbevist om at «the documented involuntary use of ECT in Norway is in line with human rights standards». ¹⁶ Rapporten viser til *FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne* (CRPD), ratifisert av Norge i 2013. I forbindelse med ratifikasjonen avga Norge to tolkningserklæringer. Den ene tolkningserklæringen gjelder konvensjonens artikkel 14 og 25 og adgangen til tvungen omsorg og behandling, blant annet av mennesker med psykiske lidelser. Erklæringen lyder:

«Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.»¹⁷

ECT gitt på nødrett er imidlertid ikke undergitt de samme rettssikkerhetsgarantiene som tvungen behandling med hjemmel i lov. Rapporten bemerker at tolkningserklæringene *de facto* kan utgjøre reservasjoner mot CRPD.¹⁸

¹⁴ FNs komité mot tortur (2012) s. 5

¹⁵ I.c.

¹⁶ Europarådets menneskerettighetskommisær (2015) s. 4

¹⁷ Prop. 106 S (2011–2012) s. 63

¹⁸ Europarådets menneskerettighetskommisær (2015) s. 7

6 Rettslige grunnlag for tvang i psykiatrien i andre skandinaviske land

I det følgende gjøres det rede for lovverket i Sverige og Danmark på området tilsvarende tvungent psykisk helsevern i Norge. En sammenligning av det norske lovverket med nabolandenes er nyttig for å finne ut om løsningene i land som står Norge nær, representerer bedre avveininger av prinsipper og hensyn når det kommer til bruk av tvang i psykiatrien.

6.1 Sverige

6.1.1 Lag om psykiatrisk tvångsvård

I Sverige er det *lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård* (LPT) som gjelder på området tilsvarende tvungent psykisk helsevern i Norge. Etter § 2 i loven skal tvungen psykiatrisk behandling ta sikte på å sette pasienten i stand til å frivillig medvirke til nødvendig behandling og ta imot den støtte som han eller hun behøver, slik at det blir mulig å gi fortsatt nødvendig behandling i frivillige former. Psykiatriske tvangstiltak skal i prinsippet være av midlertidig art; tvungen psykiatrisk behandling skal ikke tendere å bli en ren oppbevaring av pasienten. Behandlingstiltakene skal tilpasses det som kreves for å oppnå formålet med den tvungne psykiatriske behandlingen.¹⁹

Proporsjonalitetsprinsippet slås fast i § 2 a første ledd. Tvangstiltak ved behandling kan bare anvendes om de står i rimelig proporsjonalitet til formålet med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelige, skal disse anvendes. En rimelig avveining skal gjøres mellom den nytten som tvangstiltaket kan ha for pasienten og det inngrep i pasientens autonomi og integritet som det innebærer for pasienten å mot sin vilje måtte gjennomgå en bestemt behandling.²⁰ Annet ledd setter krav om at tvang skal utøves så skånsomt som mulig og med størst mulig hensyn til pasienten. Bestemmelsen innebærer blant annet at det skal tas betydelig hensyn til hvilke bivirkninger som pasienten får av et visst medikament eller en viss behandling.²¹

¹⁹ Lindkvist (2016a)

²⁰ Lindkvist (2016b)

²¹ Lindkvist (2016c)

Tvungen psykiatrisk behandling kan bare gis om pasienten lider av en «allvarlig psykisk störning», jf. § 3, og på grunn av sin psykiske tilstand og personlige forhold for øvrig

1. har et uunngåelig behov for psykiatrisk behandling som ikke kan tilgodeses på annet vis enn ved at pasienten blir innlagt i en institusjon for kvalifisert psykiatrisk døgnbehandling («sluten psykiatrisk tvångsvård» svarende til norsk tvungent psykisk helsevern med døgnopphold), eller
2. behøver å iaktta særskilte vilkår for å kunne gis nødvendig psykiatrisk behandling («öppen psykiatrisk tvångsvård» svarende norsk tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold)

Begrepet «allvarlig psykisk störning» skal forstås i lys av at biologiske, sosiale og psykiske faktorer virker sammen for utviklingen av psykiske forstyrrelser.²² En vurdering av om en forstyrrelse er alvorlig, skal skje ut ifra forstyrrelsens art og grad.²³ Det følger av lovens forarbeider at «allvarlig psykisk störning» først og fremst inkluderer tilstander av psykotisk karakter, inkludert krisereaksjoner og rusutløste psykoser. Også inkludert er alvorlig depresjon med selvmordstanker, delirium tremens samt psykisk funksjonsnedsettelse (demens) av alvorlig art som følge av hjerneskade, med forstyrret realitetsvurdering og bristende evne til orientering i tilværelsen fremover.²⁴ Oppregningen er ikke uttømmende. Det må tas hensyn til svingninger i tilstanden og risikoen for tilbakefall om behandlingen avbrytes for tidlig.²⁵ Den psykiske forstyrrelsen er av alvorlig art så lenge det foreligger påtagelig risiko for at de psykiske symptomene kommer tilbake om behandlingstiltak avbrytes.²⁶

Ved vurdering av pasientens behandlingsbehov etter § 3 første ledd, er det avgjørende i hvilken grad det er en umiddelbar risiko for pasientens liv eller helse om behandling ikke kommer i stand ved innleggelse i institusjon.²⁷ Behandlingsbehovet skal også vurderes i lys av pasientens leveforhold og hans relasjoner til omgivelsene.²⁸ Etter § 3 fjerde ledd skal det ved vurdering av behandlingsbehovet tas hensyn til om pasienten som følge av sin psykiske forstyrrelse er til fare for andres fysiske eller psykiske helse. Bestemmelsen tar sikte på å

²² Lindkvist (2016d)

²³ l.c.

²⁴ Prop. 1990/91:58 s. 86

²⁵ Lindkvist (2016d)

²⁶ l.c.

²⁷ l.c.

²⁸ l.c.

beskytte pasientens nærstående og andre i omgivelsene.²⁹ Risiko for skade på eiendom eller annen skade av økonomisk art er ikke noe det skal tas hensyn til i vurderingen av pasientens behandlingsbehov.³⁰

Etter § 3 annet ledd er en forutsetning for behandling etter LPT at pasienten motsetter seg behandlingen, eller at det som følge av pasientens psykiske tilstand er berettiget grunn til å anta at behandlingen ikke kan gis med pasientens samtykke. Om pasienten aksepterer innleggelse, men motsetter seg den psykiatriske behandlingen som gis og som er uunnværlig nødvendig for pasienten, kan det gjøres vedtak om tvungen psykiatrisk behandling om betingelsene for slik behandling for øvrig er oppfylt.³¹ Unntaksregelen om følgene av manglende samtykkekompetanse gjør det mulig å vedta tvungen psykiatrisk behandling selv når pasienten ikke motsetter seg behandlingen.³²

6.1.2 Tvungen behandling med ECT

Svensk lovgivning tillater tvungen behandling med ECT på lik linje med annen tvungen psykiatrisk behandling. I Psykiatrilagsutredningen skriver utvalget at det å mot sin vilje bli utsatt for behandling med ECT kan oppleves som særlig ubehagelig og skremmende av pasienter.³³ Utvalget understreker at behandleren, før behandling med ECT blir satt i gang, må oppfylle sitt ansvar i henhold til *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* ved å informere pasienten om behandlingens virkninger og bivirkninger samt om sykdommens virkninger og konsekvenser av uteblitt behandling. Med tanke på at ECT kan oppleves som særlig anstrengende for pasienten, overveiet utvalget muligheten for å utforme et særskilt regelverk for ECT som skulle gi pasienten økt innflytelse over anvendelsen. Utvalget ble imidlertid værende ved at det ikke finnes tilstrekkelige grunner for å særbehandle denne typen behandling fra annen behandling som kan gis med tvang.³⁴ Det er ikke redegjort for hvilke momenter som ble overveid. Det avgjørende for utvalget var først og fremst at det er ved alvorlige sykdomstilstander at ECT har vist seg å være veldig effektiv til å bedre tilstanden og at det vil være uheldig om en slik behandling skal kunne forhindres av en pasient som er så alvorlig psykisk syk at han ikke kan se til sitt eget beste eller vurdere situasjonen på en

²⁹ Lindkvist (2016d)

³⁰ l.c.

³¹ Lindkvist (2016e)

³² l.c.

³³ SOU 2012:17 s. 399-400

³⁴ l.c.

objektiv måte. Dette konstaterer gjeldende rettstilstand i Sverige, hvor ECT gitt på tvang behandles på samme måte som annen psykiatrisk behandling gitt på tvang.

I 2015 ble det gitt 3268 ECT-serier i Sverige. 18 % av ECT-seriene ble gitt med hjemmel i LPT (51). Dette tilsvarer om lag 588 ECT-serier. Dette inkluderer ECT-serier gitt med hjemmel i LPT uavhengig av om disse ble gitt uten eller med tvang. Andelen ECT-serier der pasienten fikk behandling etter LPT varierte sterkt innad i Sverige, fra 2 % i Region Jämtland Härjedalen til 40 % i Landstinget i Sörmland.

6.2 Danmark

6.2.1 *Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien*

I Danmark gjelder *lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015 om anvendelse af tvang i psykiatrien* (psykiatriloven) på området tilsvarende tvungent psykisk helsevern i Norge. Den danske psykiatriloven er innholdsmessig ganske lik den norske psykisk helsevernloven, men det finnes viktige forskjeller. Som i psykisk helsevernloven søkes det at innleggelse, opphold og behandling på psykiatrisk avdeling så vidt mulig skal finne sted med pasientens samtykke, jf. psykiatriloven § 3 første ledd. Etter § 4 første ledd skal frivillighet være forsøkt før tvang kan være aktuelt, og etter annet ledd gjelder proporsjonalitetsprinsippet.

Etter psykiatriloven § 6 annet ledd vurderer lege, på grunnlag av sin undersøkelse og mottatte opplysninger, om innleggelse på psykiatrisk avdeling er nødvendig. Gir pasienten ikke sitt informerte samtykke til slik innleggelse, avgjør legen om tvangsinnleggelse er påkrevet.

Erklæringen må ikke være utstedt av en lege som er ansatt på det psykiatriske sykehuset eller den psykiatriske avdelingen hvor tvangsinnleggelsen skal finne sted, jf. § 7.

Tvangsinnleggelse eller tvangstilbakeholdelse kan bare finne sted hvis pasienten «er sindssyg» eller i en tilstand som kan likestilles, jf. § 5. «Sindssygdøm» tolkes synonymt med psykose.³⁵ Det er altså krav om at pasienten må være psykotisk eller i en psykoselignende tilstand. Videre er det krav om at tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse alltid skal skje i behandlingsøyemed. Dette gjelder også i tilfeller hvor frihetsberøvelse skjer etter farekriteriet,³⁶ i motsetning til den norske psykisk helsevernloven hvor farekriteriet er et

³⁵ Madsen (2016a)

³⁶ L.c.

alternativ til behandlingskriteriet ved vurdering av tvungent psykisk helsevern. Etter psykiatriloven § 5 må tvangsinnleggelse eller tvangstilbakeholdelse finne sted fordi det vil være uforsvarlig å ikke frihetsberøve pasienten med henblikk på behandling når

- 1) utsikten til helbredelse eller en betydelig og avgjørende bedring av tilstanden ellers vil bli vesentlig forringet, eller
- 2) pasienten utgjør en nærliggende og vesentlig fare for seg selv eller andre

Etter § 9 annet ledd er det overlege som treffer avgjørelse om hvorvidt betingelsene for tvungen innleggelse er oppfylt. Tvangstilbakeholdelse av en person som er innlagt på psykiatrisk avdeling skal skje hvis overlegen finner at betingelsene i § 5 er oppfylt.

§ 12 slår fast at tvangsbehandling bare kan anvendes overfor personer som oppfyller betingelsene for tvangstilbakeholdelse etter § 10. Etter annet ledd er det krav om at det ved tvangsmedisinering skal anvendes kjente legemidler i vanlig dosering og med færrest mulig bivirkninger. Ved enhver form for tvangsbehandling skal det lovfestede «minste inngreps prinsipp» i § 4 iakttas. Dette innebærer å vurdere om andre mindre inngripende behandlingstilbud er en mulighet.

6.2.2 Tvungen behandling med ECT

Tvangsbehandling med ECT kan bare iverksettes hvis pasienten oppfyller betingelsene for tvangstilbakeholdelse etter psykiatriloven § 10 og «befinder seg i en aktuell eller potentiel livstruende tilstand», jf. § 12 tredje ledd. Bestemmelsen, inntatt i 2006, har til formål å presisere i selve loven den hittil gjeldende rettstilstanden i Danmark. Begrunnelsen for lovfestingen var at rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier at kritene skal fremgå av loven og ikke bare av forarbeidene.³⁷ For eksempel vil et akutt delirium som utvikler seg i livstruende retning, være indikasjon for tvangsbehandling med ECT.³⁸ Et annet eksempel er alvorlig depresjon som utvikler seg til å bli livstruende. Pasienten kan ha så høy selvmordsrisiko eller være i en så apatisk tilstand at livsviktige funksjoner er i fare på grunn av manglende inntak av mat og drikke. I slike situasjoner kan ECT gitt på tvang overveies.³⁹

³⁷ Madsen (2016b)

³⁸ l.c.

³⁹ l.c.

Vedtak om tvangsbehandling treffes av overlegen, jf. § 12 fjerde ledd. Klage på vedtak om tvangsbehandling har vanligvis oppsettende virkning, jf. § 32 tredje ledd, med mindre omgående gjennomføring av behandlingen er nødvendig for å ikke utsette pasientens liv eller helse for vesentlig fare eller for å hindre at pasienten utsetter andre for nærliggende fare for skade på liv eller helse.⁴⁰

Bestemmelsen om tvangsbehandling med ECT har nødrettslig innhold, men gir selvstendig lovhjemmel for behandlingen i bestemte situasjoner. Dette gir økt rettssikkerhet for pasienter, pårørende og behandlere og legger samtidig til rette for at behandling med ECT kan gis i situasjoner hvor dette er nødvendig for å redde liv. ECT gitt på tvang er lovfestet som forholdsmessig bare hvis pasienten er i en potensielt livstruende tilstand. Den norske tilnærmingen til tvungen behandling med ECT på nødrett ligner innholdsmessig på den danske bestemmelsen, med tilsvarende tidsmoment og grad av farenivå.

I Danmark fikk 84 pasienter ECT på tvang i 2015. Noen pasienter gjennomgikk flere behandlinger da det ble satt i verk 96 vedtak om ECT på tvang dette året. I 2014 fikk 111 pasienter ECT på tvang. Det ble da satt i verk 127 vedtak om ECT på tvang. I gjennomsnitt har årlig 91 pasienter i Danmark fått ECT på tvang siste 12 år. I samme periode ble det i gjennomsnitt årlig fattet 103 vedtak om ECT på tvang (52).

⁴⁰ Madsen (2016c)

7 Veien videre

7.1 Prop. 147 L (2015-2016) om økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

I 2010 oppnevnte den daværende regjeringen et lovutvalg (Paulsrud-utvalget) som skulle utrede og vurdere bestemmelser om tvang innen psykisk helsevern for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Utvalgets arbeid resulterte i NOU 2011:9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet i 2011. Lovforslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet i Prop. 147 L (2015-2016) *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)* er basert på denne utredningen.

7.1.1 En kompetansebasert modell

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo innføring av en ny modell i psykisk helsevernloven, slik at det skulle være et vilkår for å bruke tvang at pasienten mangler beslutningskompetanse.⁴¹ Forslaget innebærer at den som har beslutningskompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern eller nekte fortsatt behandling, selv om vedkommende har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonell anser vedkommende å være i behov for behandling.⁴² Dette vil innebære en endring av gjeldende rettstilstand ettersom tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven i dag kan fattes også når pasienten er samtykkekompetent.

Helse- og omsorgsdepartementets lovforslag, basert på Paulsrud-utredningen, innebærer at det innføres et krav om samtykke i psykisk helsevernloven for de tilfellene pasienten er samtykkekompetent (kompetansebasert modell).⁴³ Modellen skal ikke gjelde i tilfeller der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, eller hvis det er en nærliggende og alvorlig fare for selvmord.⁴⁴

⁴¹ NOU 2011:9 s. 18

⁴² *ibid.* s. 156

⁴³ Prop. 147 L (2015-2016) s. 25 og 48-53

⁴⁴ *l.c.*

7.1.2 Forlengelse av den obligatoriske undersøkelsestiden før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering

Paulsrud-utvalgets flertall viste til at tvangsmedisinering er et svært inngripende tiltak og at det er behov for å lovfeste en obligatorisk minstetid før vedtak om tvangsmedisinering kan fattes.⁴⁵ Helse- og omsorgsdepartementet har tatt dette til følge i lovforslaget og foreslått å lovfeste og forlenge den obligatoriske undersøkelsestiden (minstetiden) som i dag finnes i psykisk helsevernforskriften § 20 fra tre til fem døgn.⁴⁶ Unntak som gjelder i dag, er videreført.⁴⁷ Den obligatoriske undersøkelsestiden gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse av behandling vil lide alvorlig helseskade eller hvis pasienten er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.⁴⁸

Øvrige forslag til endringer i loven er ikke behandlet her.

7.2 Mulige konsekvenser av å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern

Helse- og omsorgsdepartementets lovforslag om en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern følger en utvikling i samfunnet i retning av å styrke pasientens autonomi. Det er imidlertid usikkert hvor stor endring en kompetansebasert modell vil innebære i praksis. Vurdering av samtykkekompetanse er i stor grad sammenfallende med vurdering av om en psykisk lidelse er alvorlig. Mange pasienter med en alvorlig sinnslidelse vil ikke være samtykkekompetente når de vurderes for tvungent psykisk helsevern, og ved flere situasjoner hvor pasientene kan være samtykkekompetente, er det likevel åpnet for bruk av tvungent psykisk helsevern. Det er mulig at lovforslaget, hvis det vedtas, medfører at grensen for tvungent psykisk helsevern og tvungen behandling flyttes, slik at pasienter i større grad kan velge om de vil motta behandling frem til tilstanden har forverret seg så mye at pasienten ikke lenger er samtykkekompetent. En samfunnsutvikling hvor autonomi tillegges økende vekt hos pasienter med en alvorlig psykisk sykdom, kan medføre at noen av disse pasientene ikke blir godt nok ivaretatt, og øker risikoen for at disse får alvorlig helseskade. Av lovforslaget

⁴⁵ NOU 2011:9 s. 200-201

⁴⁶ Prop. 147 L (2015-2016) s. 49-50 og 53

⁴⁷ l.c.

⁴⁸ Prop. 147 L (2015-2016) s. 43 og 53

kommer det klart frem at avveiningen mellom autonomi og velgjørenhet (i form av paternalisme) er gjort på bakgrunn av et helsepolitisk mål om å redusere bruken av tvang og øke pasienters selvbestemmelsesrett.

7.3 Tvungen behandling med ECT

Paulsrud-utvalget pekte på problemstillinger knyttet til gjeldende regulering av ECT og behovet for å utrede disse nærmere, noe utvalget ikke fikk gjort innenfor sin tidsramme.⁴⁹ Helse- og omsorgsdepartementets lovforslag tar ikke for seg tvungen behandling med ECT.

7.3.1 Forslag til hvordan adgangen til tvungen behandling med ECT kan løses i det norske lovverket

Det er nødvendig med en lovfesting av gjeldende rettstilstand i Norge på området for tvungen behandling med ECT. Manglende lovhjemmel på området for tvungent psykisk helsevern er i strid med allmennhetens rettsoppfatning. Fokuset på økt rettsikkerhet i det aktuelle lovforslaget og ved grunnlovfesting av legalitetsprinsippet (§ 102), nødvendiggjør en spesifikk lovhjemmel for tvungen behandling med ECT.

Svensk lovgivning tillater tvungen behandling med ECT på lik linje med annen tvungen psykiatrisk behandling. Den svenske modellen har i større grad en paternalistisk tilnærming enn den danske og den norske, og det kan stilles spørsmål ved om pasientens autonomi er godt nok ivaretatt ved en sterkt paternalistisk tilnærming. Hvor grensen mellom autonomi og paternalisme skal gå, er og forblir gjenstand for debatt. Den mer utstrakte bruken av tvungen behandling med ECT i Sverige er imidlertid noe som taler imot innføring av et tilsvarende regelverk i Norge, ettersom dette trolig ikke vil aksepteres av befolkningen og det nasjonalt er et klart helsepolitisk mål å redusere bruken av tvang i psykiatrien og styrke pasientens selvbestemmelsesrett.

Et godt utgangspunkt for hvordan gjeldende rettstilstand i Norge på området for tvungen behandling med ECT kan lovfestes, er den danske bestemmelsen i Psykiatriloven § 12 tredje ledd. Tilnærmingen innebærer at ECT kan gis på tvang hvis tilsvarende kriterier som for nødrett er oppfylt. En bestemmelse med dette innholdet kan være et unntak fra forbudet i

⁴⁹ NOU 2011:9 s. 204

psykisk helsevernloven § 4-4 annet ledd mot tvungen psykiatrisk behandling som innebærer et alvorlig inngrep.

Det kan argumenteres med at lovfesting kan medføre økt bruk av tvungen behandling med ECT ved at det vil foreligge spesifikk lovhjemmel for slik behandling. Dette vil gå imot målsetningen om å redusere bruken av tvang i psykiatrien. Strengt vilkår og en klar lovtekst for tvungen behandling med ECT kan imidlertid hindre en slik utvikling. En spesifikk lovhjemmel vil gi økt kontroll og oversikt på området, og den vil øke rettssikkerheten for pasienter, pårørende og behandlere ved å fastsette vilkår for inngrep og gjennom økte klagemuligheter. Ved lovfesting av vilkårene for tvungen behandling med ECT vil behovet for en systematisk anvendelse av straffeloven § 17 for å gi uomgjengelig nødvendig behandling, ikke lenger være til stede.

8 Konklusjon

ECT, gitt på korrekt indikasjon, kan være en trygg og effektiv behandlingsmetode. Pasienter vil oppleve kognitive bivirkninger av ECT, men behandlingen kan likevel forvares etisk. Ved alvorlig depresjon med uttalt ernæringsvegring eller selvmordsadferd vil ECT kunne være den eneste akuttbehandlingen som er tilstrekkelig for å redde liv eller forhindre alvorlig helseskade. Profesjonsetikken kan da kreve av helsepersonell at behandling med ECT gis, selv om dette må gjøres med tvang. Dette kan være problematisk også fordi det mangler evidens for virkningen av ECT gitt med tvang.

Den økende vektleggingen av pasientens autonomi og samtykkekompetanse har gitt juridiske føringer hvor medisinske, etiske og rettslige hensyn som oftest er hensiktsmessig avveid. Hovedregelen om informert samtykke som grunnlag for helsehjelp, og kravet til helsepersonell om vurdering av om helsehjelpen er i pasientens interesse når pasienten mangler samtykkekompetanse, er eksempler på dette. Dessverre har lovgiver ikke alltid rettet opp i uholdbare juridiske konstruksjoner, slik tilfellet er for tvungen behandling med ECT, som mangler spesifikk lovhjemmel, men tillates på nødrett. På dette området er det nødvendig med en lovfesting av gjeldende rettstilstand.

Litteraturliste

Medisinsk litteratur

1. Kellner C. Overview of electroconvulsive therapy (ECT) for adults [Internett]. Roy-Byrne PP, Solomon D, red. Waltham: UpToDate; [hentet 2016-10-31]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-electroconvulsive-therapy-ect-for-adults>
2. Kellner C. Unipolar major depression in adults: Indications for and efficacy of electroconvulsive therapy (ECT) [Internett]. Roy-Byrne PP, Solomon D, red. Waltham: UpToDate; [hentet 2016-10-31]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-indications-for-and-efficacy-of-electroconvulsive-therapy-ect>
3. Høringsutkast - Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT. Helsedirektoratet; 2016 [hentet 2016-09-30]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/H%C3%B8ringer/H%C3%B8ringsutkast%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20bruk%20av%20elektrokonvulsiv%20behandling%20-%20ECT.pdf>
4. Beauchamp TL, Childres JF. Principles of Biomedical Ethics. 7. utg. New York: Oxford University Press; 2013. 459 s.
5. Endler NS. The Origins of Electroconvulsive Therapy (ECT). Convulsive therapy. 1988;4(1):5-23.
6. Kalinowsky LB. History of convulsive therapy. Annals of the New York Academy of Sciences. 1986;462:1-4.
7. Psykiatrisk klinikk Vinderen. Psykiatrisk klinikk 25 år: beretning om virksomheten 1926-1951. Oslo: A/S Industritrykkeriet; 1951. 56 s. Tilgjengelig fra: http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011121408054
8. Jarosch-von Schweder L. Use of electroconvulsive therapy in psychiatry [doktorgradsavhandling]. Trondheim: NTNU; 2015. 87 s. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/283676>
9. Husain MM, Rush AJ, Fink M, Knapp R, Petrides G, Rummans T, et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. The Journal of clinical psychiatry. 2004;65(4):485-91.
10. Kellner CH, Knapp R, Husain MM, Rasmussen K, Sampson S, Cullum M, et al. Bifrontal, bitemporal and right unilateral electrode placement in ECT: randomised trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2010;196(3):226-34.
11. Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies BJ, Tare V. Should electroconvulsive therapy be an early consideration for suicidal patients? The journal of ECT. 2006;22(2):113-5.
12. Kellner CH, Greenberg RM, Murrough JW, Bryson EO, Briggs MC, Pasculli RM. ECT in treatment-resistant depression. Am J Psychiatry. 2012;169(12):1238-44.
13. Nikisch G, Mathe AA. CSF monoamine metabolites and neuropeptides in depressed patients before and after electroconvulsive therapy. Eur Psychiatry. 2008;23(5):356-9.
14. Rudorfer MV, Risby ED, Hsiao JK, Linnoila M, Potter WZ. Disparate Biochemical Actions of Electroconvulsive Therapy and Antidepressant Drugs. Convulsive therapy. 1988;4(2):133-40.
15. Lapierre YD. Neurotransmitter functions in depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1982;6(4-6):639-44.
16. Sackeim HA, Decina P, Prohovnik I, Malitz S, Resor SR. Anticonvulsant and antidepressant properties of electroconvulsive therapy: a proposed mechanism of action. Biol Psychiatry. 1983;18(11):1301-10.

17. Piccinni A, Del Debbio A, Medda P, Bianchi C, Roncaglia I, Veltri A, et al. Plasma Brain-Derived Neurotrophic Factor in treatment-resistant depressed patients receiving electroconvulsive therapy. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2009;19(5):349-55.
18. Okamoto T, Yoshimura R, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Umene-Nakano W, Inoue Y, et al. Efficacy of electroconvulsive therapy is associated with changing blood levels of homovanillic acid and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in refractory depressed patients: a pilot study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(5):1185-90.
19. Ota M, Noda T, Sato N, Okazaki M, Ishikawa M, Hattori K, et al. Effect of electroconvulsive therapy on gray matter volume in major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2015;186:186-91.
20. Joshi SH, Espinoza RT, Pirnia T, Shi J, Wang Y, Ayers B, et al. Structural Plasticity of the Hippocampus and Amygdala Induced by Electroconvulsive Therapy in Major Depression. *Biol Psychiatry*. 2016;79(4):282-92.
21. Dukart J, Regen F, Kherif F, Colla M, Bajbouj M, Heuser I, et al. Electroconvulsive therapy-induced brain plasticity determines therapeutic outcome in mood disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(3):1156-61.
22. Tendolkar I, van Beek M, van Oostrom I, Mulder M, Janzing J, Voshaar RO, et al. Electroconvulsive therapy increases hippocampal and amygdala volume in therapy refractory depression: a longitudinal pilot study. *Psychiatry Res*. 2013;214(3):197-203.
23. Nobler MS, Oquendo MA, Kegeles LS, Malone KM, Campbell CC, Sackeim HA, et al. Decreased regional brain metabolism after ect. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):305-8.
24. Sackeim HA, Luber B, Katzman GP, Moeller JR, Prudic J, Devanand DP, et al. The effects of electroconvulsive therapy on quantitative electroencephalograms. Relationship to clinical outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(9):814-24.
25. Hizli Sayar G, Eryilmaz G, Semieoglu S, Ozten E, Gogcegoz Gul I. Influence of valproate on the required dose of propofol for anesthesia during electroconvulsive therapy of bipolar affective disorder patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:433-8.
26. Group UER. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361(9360):799-808.
27. Kho KH, van Vreeswijk MF, Simpson S, Zwinderman AH. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *The journal of ECT*. 2003;19(3):139-47.
28. Pagnin D, de Queiroz V, Pini S, Cassano GB. Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *The journal of ECT*. 2004;20(1):13-20.
29. Rhebergen D, Huisman A, Bouckaert F, Kho K, Kok R, Sienaert P, et al. Older age is associated with rapid remission of depression after electroconvulsive therapy: a latent class growth analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(3):274-82.
30. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):977-82.
31. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, et al. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *The journal of ECT*. 2001;17(4):244-53.
32. Sienaert P, Vansteelandt K, Demyttenaere K, Peuskens J. Ultra-brief pulse ECT in bipolar and unipolar depressive disorder: differences in speed of response. *Bipolar disorders*. 2009;11(4):418-24.
33. Bailine S, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain MM, Rasmussen K, et al. Electroconvulsive therapy is equally effective in unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(6):431-6.
34. Birkenhager TK, Pluijms EM, Lucius SA. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2003;74(2):191-5.

35. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, Nobler MS, Lisanby SH, Peyser S, et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):425-34.
36. Medda P, Perugi G, Zanello S, Ciuffa M, Rizzato S, Cassano GB. Comparative response to electroconvulsive therapy in medication-resistant bipolar I patients with depression and mixed state. *The journal of ECT*. 2010;26(2):82-6.
37. Heijnen WT, Birkenhager TK, Wierdsma AI, van den Broek WW. Antidepressant pharmacotherapy failure and response to subsequent electroconvulsive therapy: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(5):616-9.
38. Minichino A, Bersani FS, Capra E, Pannese R, Bonanno C, Salviati M, et al. ECT, rTMS, and deepTMS in pharmacoresistant drug-free patients with unipolar depression: a comparative review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:55-64.
39. Mukherjee S, Sackeim HA, Schnur DB. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 years' experience. *Am J Psychiatry*. 1994;151(2):169-76.
40. Malhi GS, Tanius M, Berk M. Mania: diagnosis and treatment recommendations. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):676-86.
41. Sienaert P, Peuskens J. Electroconvulsive therapy: an effective therapy of medication-resistant bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2006;8(3):304-6.
42. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(12):2467-74.
43. Kellner CH. Relapse after electroconvulsive therapy (ECT). *The journal of ECT*. 2013;29(1):1-2.
44. Kramer BA. Use of ECT in California, revisited: 1984-1994. *The journal of ECT*. 1999;15(4):245-51.
45. Abrams R. The mortality rate with ECT. *Convulsive therapy*. 1997;13(3):125-7.
46. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. 2003;326(7403):1363.
47. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2010;68(6):568-77.
48. Fernie G, Bennett DM, Currie J, Perrin JS, Reid IC. Detecting objective and subjective cognitive effects of electroconvulsive therapy: intensity, duration and test utility in a large clinical sample. *Psychol Med*. 2014;44(14):2985-94.
49. Stoudemire A, Hill CD, Morris R, Dalton ST. Improvement in depression-related cognitive dysfunction following ECT. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995;7(1):31-4.
50. Lisanby SH, Maddox JH, Prudic J, Devanand DP, Sackeim HA. The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):581-90.
51. Elvin T. Kvalitetsregister ECT - Preliminära resultat för 2015 [Internett]. Region Örebro län: Region Örebro län Psykiatri; 2016 [hentet 2016-10-18]. Tilgjengelig fra: http://www.psykiatriregister.se/sites/default/files/documents/ect_prel_resultat_2015.pdf
52. Årlig opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien [Internett]. Sundhedsdatastyrelsen; 2016 [hentet 2016-10-18]. Tilgjengelig fra: http://esundhed.dk/sundhedsregistre/tip/Sider/tip01.aspx?rp:A_Indikator=1||2&rp:B_Skema=1||2||3||4||6&rp:B_Type=11&rp:C_Inddeling=1||2||3&rp:C_Omraade=-1||1||2||1081||1082||1083||1084||1085&rp:D_Aar=2015||2014||2013||2012||2011||2010||2009||2008||2007||2006||2005||2004

53. Electroconvulsiv terapi (ECT-behandling) og dødsfall – en utredning [Internett]. København: Sundhedsstyrelsen; 2010 [hentet 2016-10-18]. Tilgjengelig fra: <http://www.sst.dk/~media/49AF27CDCF414FBC9DA8DE119EE647BE.ashx>
54. Breggin PR. Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy, and Love Must Replace the Drugs, Electroshock, and Biochemical Theories of the "New Psychiatry". New York: St. Martin's Press; 1994.
55. Hirshbein L, Sarvananda S. History, power, and electricity: American popular magazine accounts of electroconvulsive therapy, 1940-2005. J Hist Behav Sci. 2008;44(1):1-
56. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. Int Rev Psychiatry. 2009;21(3):200-6.
57. U.S. National Film Preservation Board. U.S. National Film Registry [Internett]. [Hentet 2016-10-28]. Tilgjengelig fra: <http://www.cs.cmu.edu/afs/cs.cmu.edu/Web/Unofficial/Movies/NFR-Titles.html>
58. McFarquhar TF, Thompson J. Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and the general public. The journal of ECT. 2008;24(4):244-
59. Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive therapy: Part II: a biopsychosocial perspective. J Psychiatr Pract. 2009;15(5):369-90.
60. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk praksis. Tidsskrift for den Norske lægeforening. 2007;127(12):1644-7.
61. Gazdag G, Takacs R, Ungvari GS, Sienaert P. The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. The journal of ECT. 2012;28(1):4-6.

Juridisk litteratur

Befring AK, Kjelland M, Syse A. Tvang og frivillighet. Sentrale helserettslige emner. Oslo: Akademika forlag; 2015. 304 s.

Syse A. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. 4. utgave. Oslo: Gyldendal juridisk; 2015. 672 s.

Syse A. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Juridisk; 2016. 544 s.

Lindkvist, Cecilia (2016a) Merknad til LPT § 2 annet ledd i Karnov (Sverige), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Lindkvist, Cecilia (2016b) Merknad til LPT § 2a første ledd i Karnov (Sverige), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Lindkvist, Cecilia (2016c) Merknad til LPT § 2a annet ledd i Karnov (Sverige), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Lindkvist, Cecilia (2016d) Merknad til LPT § 3 første ledd i Karnov (Sverige), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Lindkvist, Cecilia (2016e) Merknad til LPT § 3 annet ledd i Karnov (Sverige), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Madsen, Helle (2016a) Merknad til psykiatriloven § 5 i Karnov (Danmark), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Madsen, Helle (2016b) Merknad til psykiatriloven psykiatriloven § 12 tredje ledd i Karnov (Danmark), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Madsen, Helle (2016c) Merknad til psykiatriloven psykiatriloven § 12 femte ledd i Karnov (Danmark), 1. juli 2016 [Sist sjekket: 31.10.2016]

Norske lover og forskrifter

1999 Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

1999 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

1999 Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

2005 Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven)

2011 Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

2011 Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

Utenlandske lover

Hälso- och sjukvårdslag Hälsö- och sjukvårdslag (1982:763) [Sverige]

LPT Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) [Sverige]

Psykiatriloven Lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015 om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) [Danmark]

Forarbeider

NOU 2011:9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*

Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*

Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.*

Prop. 106 S (2011–2012) *Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*

Prop. 147 L (2015-2016) *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)*

Svenske forarbeider:

SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*

Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Rundskriv:

Helsedirektoratet Rundskriv IS-9/2012. *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevern-forskriften med kommentarer*. Utgitt november 2012.

Helsedirektoratet Rundskriv IS-8/2015. *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. Utgitt april 2015, oppdatert mai 2015.

Traktater:

EMK Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma 4. november 1950

FNs torturkonvensjon Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, New York 10. desember 1984

CRPD Convention on the Rights of Persons with Disabilities, New York 30. mars 2007

Rapporter:

FNs komité mot tortur. *Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Norway, adopted by the Committee at its forty-ninth session (29 October to 23 November 2012)*. CAT/C/NOR/CO/6-7. 13. desember 2012.

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhshKqFzT9v2BExNReKHwmpVaAKENAfG1Q6weStjTJpr4Bmh7aLBQoUJcejaKCs2vtJ1o0nV6LV5XyKon9clvgraKEOjjzE1V8fG13uQ8INbE9>) [Sitert 18.10.2016]

Europarådets menneskerettighetskommisær. *Report by Nils Muižnieks, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, following his visit to Norway from 19 to 23 January 2015*. CommDH(2015)9. 18. mai 2015.

<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2751937&SecMode=1&DocId=2272542&Usage=2>) [Sitert 18.10.2016]