

Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand – Erfaringer fra feltarbeid

Toril Borch Terkelsen

toril.terkelsen@uia.no

Inger Beate Larsen

inger.b.larsen@uia.no

Studien analyserer hvordan tvangsmedisinering praktiseres og oppleves av pasienter og ansatte. Den bygger på feltarbeid i en lukket akuttpsykiatrisk døgnenhet. Funnene oppsummeres i tre hovedpunkter: a) Både pasienter og ansatte opplevde avmakt overfor tvangsmedisinering, men ansatte mente at medikamenter var nødvendig selv om de måtte gis med tvang. b) Det som ble beskrevet som frivillig medisinering, kunne erfares som tvangsmedisinering. c) Pasienter beskrev plagsomme bivirkninger, men ansatte mente at de gunstige virkningene oppveide bivirkningene. I diskusjonen trekkes det veksler på den italienske samtidsfilosofen Giorgio Agambens politiske teorier om menneskerettigheter. Diskusjonen illustrerer at tvangsmedisinering kan forstås som en permanent unntakstilstand hvor pasientene blir fratatt sin status som borgere.

Innledning

Jeg har vært tvangsmedisinert i ti år og føler at jeg har blitt verre. Jeg har fått hjerneskade av alle disse medisinene. Jeg har hukommelsessvikt og taleevnen svikter. Dette kaller jeg overlatt drap og tortur med loven i hånd. Det er brudd på menneskerettighetene. Jeg føler jeg har en fotlenke på meg, og at jeg er dømt på livstid uten lov og dom (intervju, pasient, 2010).

Disse ordene viser hvor smertefullt tvangsmedisinering kan oppleves av en som har kjent problemet på kroppen¹. På samme tid har de som iverksetter tiltaket, en annerledes erfaring:

Skal vi bare la de være? Vi har pasienter som gang på gang raserer leiligheten og sklir helt ut. De har gått på medisiner en stund; føler seg bra og slutter med medisinene. Så går det helt skeis, de kommer inn hit, blir tvangsmedisinert, blir fine igjen, blir skrevet ut, og så skjer samme greia gang på gang (intervju, miljøterapeut, 2010).

Personalet har med norsk lov i hånd tillatelse til å gi antipsykotiske medikamenter mot pasientens vilje (Lovdata 2011). Sitatene illustrerer at det er av stor betydning å få mer kunnskap om hvordan tvangsmedisinering praktiseres og erfares av dem som får medikamenter med tvang, og av dem som effektuerer tiltaket. Denne artikkelen legger størst vekt på pasientenes opplevelser. Artikkelens problemstilling er: *Hvordan oppleves og praktiseres tvangsmedisinering i en lukket akuttpsykiatrisk døgnpost i Norge?*

Politikk og forskning

Sosial- og helsedirektoratet (2006) har utarbeidet *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Et av hovedmålene er økt frivillighet. For å stimulere til mer forskning på feltet ble det i 2008 etablert et tvangsforskningsnettverk (Tvangsforskning 2011). Her

dokumenteres det at tvangsmedisinering er det området innen tvangsbruken man vet minst om. I 2010 opprettet regjeringen *Paulsrudutvalget*, hvor mandatet var å gjennomgå regler for bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Her er det uttalt at tvang skal reduseres. Utvalget anbefaler imidlertid at man fortsatt skal ha adgang til å tvangsmedisinere.

Flere undersøkelser viser at pasienter opplever tvangsmedisinering som smertefullt. Kjellin et al. (2003) dokumenterer at majoriteten av pasienter som blir tvangsmedisinert, mener det er galt når det skjer, og fastholder dette i ettertid. Ifølge Haglund et al. (2003) er panikk, følelsen av å dø og krenkelse av integritet framtrede opplevelser i forbindelse med tvangsmedisinering. Andre nyanserer bildet. Greenberg et al. (1996) fant at hovedgrunnen til at pasienter ikke vil ta medisiner, var plagsomme bivirkninger. Likevel mente 60 prosent i ettertid at medisinen var nødvendig. Luckstead & Coursey (1995) kom fram til at 12 av 30 respondenter i ettertid var enige i den tvangsmedisineringen de hadde fått. En studie av Katsakou et al. (2010) fant at behandlingstilfredshet hadde sammenheng med fravær av *opplevd* tvang, framfor formell, registrert tvang. Husum (2011) undersøkte 32 akuttavdelinger og viser at miljøfaktorer som var trygghetsskapende, reduserte bruk av tvang generelt, og de fant at flere avdelinger hadde forbedringspotensial. Hun konkluderer med at det fra et menneskerettsperspektiv er viktig å arbeide for å redusere bruk av tvang til et absolutt minimum.

Teori

Den italienske filosofen Giorgio Agamben (2005, 2010) er opptatt av hvordan biopolitisk kontroll av mennesker er en stor utfordring i vestlige demokratier. Hans tenkning har relevans for det psykiske helsefeltet. Bøkene *Homo Sacer* (2010) og *State of Exception* (2005) utgjør studiens teori. I *Homo Sacer* henviser Agamben til den greske antikkens skille mellom to typer liv: *bios*, dvs. livet som samfunnsborger, og *zoe*, *det nakne livet*, dvs. "kropper" og andre levende organismer som ikke har det samme samfunnsvernet. Han viser hvordan velfungerende demokratier, og ikke bare despotiske samfunn, utøver statlig vold mot enkelte grupper av mennesker. *Homo Sacer* henspiller til den fredløse eller bannlyste. Agamben (2010) hevder at moderne samfunn skaper "nakent liv". Eksempler på nakent liv kan være tvangsinnlagte psykiatriske pasienter eller andre marginaliserte mennesker. Agamben (2010) skriver at "Suverenen er, på en og samme tid, utenfor og innenfor den rettslige orden" og suverenen eller statsmakten: "har myndighet til å oppheve lovens gyldighet" (s. 38). Oppbevaringsstedet for det nakne livet er ifølge Agamben *leiren*. Forfatteren eksemplifiserer med konsentrasjonsleiren, og slik vi forstår det, kan også en lukket, psykiatrisk avdeling beskrives som en slags leir. Å tenke seg psykiatriske avdelinger som konsentrasjonsleirer er å trekke det langt, men det er noen fellestrekk. Karakteristisk for konsentrasjonsleiren er unntakstilstanden. Bruk av statlig, legitimert tvang i lukkede psykiatriske avdelinger kan også regnes som en unntakstilstand. Det innebærer at skillet mellom den lovgivende, dømmende og utøvende makten er opphevet (Agamben 2005). Grøtta (2010) skriver for eksempel i sin analyse av Agambens arbeider at unntakstilstanden "ikke bare knyttes til unntaket, men blir en del av regjeringens *normale* praksis. Mens man tidligere betraktet unntakstilstanden som en opphevelse av loven, søker man i dag å inkorporere denne i loven" (s. 258).

Feltforskning

For å få kunnskap om hvordan tvangsmedisinering praktiseres og erfares av pasienter og ansatte, ble avdelingsleder ved den aktuelle avdelingen kontaktet. Etter at lederen hadde informert de ansatte, fikk forskeren tilgang til feltet. Prosjektet ble også godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK).

Feltforskning med deltakende observasjon og samtaler /intervjuer var metoder som ville gi svar på problemstillingen (Kvale & Brinchmann 2009; Miles & Huberman 1994). Ved å

studere menneskers handlinger i deres naturlige miljø ble det anledning til å komme pasientene som ble tvangsmedisinert, eller de som praktiserte tvangsmedisinering, nærmere inn på livet (Denzin & Lincoln 2005). Første forfatter oppholdt seg derfor fire måneder i avdelingen og studerte hvordan praksiser omkring tvangsmedisinering utfoldet seg, og hvordan dette ble omtalt i ulike typer samtaler.

Døgnavdelingen ble besøkt 48 ganger, i gjennomsnitt tre besøk pr. uke med varighet fra to til sju timer pr. gang, fordelt på dag, kveld, helger og to netter. Her var forskeren til stede i forbindelse med døgnetens mange gjøremål og observerte hvem som samhandlet med hvem, når tvangsmedisinering ble benyttet, og i hvilke rom de ulike aktørene befant seg. I slike situasjoner oppsto spontane samtaler med pasientene. Det ble tatt feltnotater i forbindelse med observasjonene og de spontane samtaler. I tillegg ble det utført 18 planlagte dybdeintervjuer av personalet. Disse var mer strukturerte enn pasientsamtaler. Alle intervjuene ble nedtegnet med penn og papir. Mange respondenter ønsket ikke båndopptaker, slik at lik metode ble benyttet overfor alle. Tiden det tok å notere, ga noen fordeler, da respondentene fikk tid til å tenke mens forskeren noterte.

Analyse

For å få et helhetsbilde ble alle feltnotater og intervjuer grundig gjennomgått av første forfatter. Deretter ble oppmerksomheten spesifikt rettet mot "tvangsmedisinering". Slik ble alle episoder og uttalelser relatert til tematikken, identifisert. Et materiale på cirka 200 sider ble redusert til 50, som igjen ble gjennomgått. Det første nivået besto nå i å kartlegge mønstre, temaer, gjentakelser og paradokser (Kvale & Brinkmann 2009). Spørsmål om hva som kjennetegnet tvangsmedisineringsepisodene, ble stilt til teksten, og også spørsmål om hvordan pasientene og personalet beskrev sine erfaringer med tvangsmedisinering. Ved denne fremgangsmåten ble tre temaer identifisert (representert ved overskriftene i neste hovedkapittel). Det andre nivået besto i å presentere observasjons- og intervjudata fra pasientene og de ansatte relatert til de identifiserte temaene. Disse tekstene dannet grunnlag for videre analyse. Det tredje nivået handlet om umiddelbare refleksjoner angående de empirinære data, såkalt kritisk forståelse basert på sunn fornuft (Kvale & Brinchmann 2009). Det teoretiske nivået utgjør diskusjonen med Agambens teorier om hvordan medisinering kan forstås som en unntakstilstand hvor pasienten er naken og forsvarsløs og borgerstatusen forsvinner.

Metodiske og etiske overveielser

Skriftlig, informert samtykke ble innhentet slik: 22 fra personalet, 14 menn og 8 kvinner. 12 fra pasientene, 9 menn og 3 kvinner. Forskeren fikk muntlig samtykke fra 3 kvinnelige og 1 mannlig pasient(er). Samtaler med disse oppsto spontant, og det ble unaturlig å finne frem samtykkeerklæringen. REK sier at samtykke *helst* skal være skriftlig (REK 2011). Det er uansett en utfordring når mennesker som er innlagt mot sin vilje, blir bedt om å delta i en studie. I hvilken grad føler de seg for eksempel presset til å delta? I feltarbeidet ble det lagt vekt på å gå varsomt frem. Var stemningen slik at det var naturlig å delta i ulike aktiviteter eller be om en samtale, ble dette gjort; og i motsatt fall trakk forskeren seg tilbake. Konfidensialitet er ivaretatt ved at deltakerne er anonymisert. De som ikke samtykket, ble utelatt fra studien. Alle navn er fiktive.

Studiens validitet

For å sikre validitet er deltakernes forhold til tvangsmedisinering gjengitt empirinært ved hjelp av beskrivelser av praksis hentet fra feltnotater og intervjuer. På den måten belyses konkrete tvangsmedisineringssituasjoner, men også hvordan deltakerne selv beskriver disse i

ettertid. Men forskeren valgte selv situasjonene eller personene hun vil intervju. Slik sett var det en fare for å styre funnene i ønsket retning. Man må også ta i betraktning at hun selv har arbeidet som sykepleier i psykisk helsevern og derfor hadde en forforståelse av feltet, selv om hun ikke hadde arbeidet ved den aktuelle avdelingen. Man vet dessuten at forskerens nærvær påvirker deltakernes væremåter og verbaliserte synspunkter (Terkelsen 2010). Forskerens oppmerksomhet var rettet mot tvangsproblematikk, og informantene fortalte at de i begynnelsen var mer opptatt av tvang enn de ville ha vært uten forskerens tilstedeværelse. Etter en stund sa de imidlertid at de ble vant til henne. All den tid det også var mange andre personer som kom og gikk, for eksempel vikarer og studenter, gled etter hver forskeren naturlig inn i miljøet (Larsen 2009).

Hvordan oppleves og praktiseres tvangsmedisinering?

Historier om makt og avmakt

Marius og Anne hadde fått diagnosen schizofreni. De var blitt tvangsmedisinert flere ganger og fortalte om avmakten i møtet med behandlingsapparatet. Nedenstående samtale foregikk mellom Marius og forskeren i et samtalerom. Legen hadde akkurat gitt beskjed om at han måtte tvangsmedisineres. Marius var rasende og ba forskeren bli sittende etter at legen og sykepleieren hadde gått. Øynene lynte, og han gestikulerte sint med armene:

Andre sykehus har bare adoptert den diagnosen jeg har fått, uten å vurdere meg. Hele psykiatrien er et maktapparat. Legene har fått mer makt enn politiet. Hvis han synes at jeg har blitt verre, kan han gjøre akkurat som han vil med meg. Norsk psykiatrilov beskytter ham. Kontrollkommisjonen er en korrump instans, fordi de alltid er enig med legen (samtale med Marius, 2010)

Samtalen med Anne foregikk i korridoren. Hun hadde akkurat fått avslag på sin klage på tvangsmedisineringsvedtaket. Hun fortalte med innbitt, lav stemme:

Jeg følte jo først at de hørte på meg, og jeg ble litt håpefull. Men da konklusjonen kom, var den bare negativ. Alle sto på samme side. Sykehuset, kontrollkommisjonen. Hva i all verden skal jeg gjøre? Jeg har ingenting jeg skulle ha sagt. Jeg er jo ikke syk og vil ikke ha disse medisinene, men de hører ikke på meg (samtale med Anne, 2010).

Begge opplevde avmakt når det gjaldt medisinering. Under en morgenrapport der Anne ble diskutert, noterte forskeren: "Det slår meg hvor mye de bestemmer over pasientene. Her blir løpet lagt uten at pasientene er til stede." Marius og Anne beskrev tydelig hvor små og ubetydelige de ble når "alle sto på samme side". På vaktrommet fikk forskeren forsterket inntrykket av konsensus i alle ledd i behandlingsapparatet. Her begrunnet personalet pasientenes protester mot tvangsmedisinering med manglende sykdomsinnsikt. Forskerens erfaring var at fagpersonell stolte på annet fagpersonell. Det ble ikke observert at nødvendigheten av medisin i særlig grad ble diskutert. Selve tvangsinnleggelsen var som regel et middel til å få utført medisinering. Pasientene kunne klage på tvangsinnleggelsen til kontrollkommisjonen og på tvangsmedisinering til Fylkeslegen. Personalet hjalp ofte pasientene med å klage, men ingen pasienter fikk medhold i løpet av feltarbeidsperioden.

Også de ansatte opplevde avmakt. De fortalte om vanskelige følelser ved å tvangsmedisinere, og de anstrengte seg til det ytterste for å gjøre det skånsomt. En av dem uttalte: "Vi ble enige om at vi skulle være jenter som satte sprøyta, slik at hun ikke skulle bli fornedt ytterligere. Jeg følte meg helt dårlig av å høre denne fortvilelsen. Det var sånn en underkuet gråt." Forskeren erfarte at empati og omsorg preget de ansattes håndtering av

tvangsmedisinering, men handlingen ble likevel ansett som tvingende nødvendig. De støttet hverandre i at det var forsvarlig.

I motsetning til flertallet av pasientene var Ståle og Karl mer enige i de ansattes vurderinger. Ståle fortalte at det var forferdelig å bli tvangsmedisinert, men i ettertid hevdet han at det var helt nødvendig: ”Legen var i sin fulle rett. Jeg var utrolig psykotisk. Når folk blir så dårlig som jeg var, så MÅ man bruke tvang.” Karl hadde en lang historie med voldsbruk. Han sa at han måtte tvangsmedisineres i dårlige perioder. Han begrunnet det med at uten medisiner kunne han miste kontrollen og bli farlig.

Reell frivillighet eller samtykke under press?

Selv om mange pasienter formelt sett tok medisinene frivillig, var opplevelsen av frivillighet ikke alltid til stede. Forskeren observerte flere ganger at pasienter kunne bli presset til å avgi samtykke om medisiner. Samtykke gitt under press ble kalt samarbeid. Et eksempel var en tvangsinnlagt pasient som personalet oppfattet som truende. En miljøterapeut plasserte seg foran pasienten med armene i kors uten å vike blikket. Han sa strengt: ”Dersom du samarbeider med oss, vil alt gå helt bra”, noe som i realiteten betydde å ta medisinene frivillig. Pasienten gikk med på å ta medisin, selv om han egentlig ikke ønsket det. En av de ansatte uttalte i forbindelse med ”frivillig” tvangsmedisinering: ”Når pasienter innlegges her, må de godta legenes behandling. De kan jo ikke bestemme sin egen behandling. De må være villige til å samarbeide” (intervju, miljøterapeut, 2010).

Flere pasienter sa at dersom de ikke hadde samarbeidet, var tvangsbruk alternativet. Hvis legen mente at medisinering var nødvendig, opplevde pasientene at de ikke hadde valgmuligheter. Noen mente derfor at de heller kunne samarbeide, mens andre nektet hardnakket. Arne sa for eksempel i et intervju: ”Hvis jeg ikke hadde tatt medisinene, tror jeg de hadde brukt tvang.” Anne, derimot, sa til forskeren at ”skal det brukes tvang, skal jeg jammen ikke gjøre det lett for dem”. For noen pasienter var ikke skillet mellom tvang og frivillighet tydelig. Begge deler opplevdes som uunngåelig.

Smertefulle bivirkninger

De fleste pasientene fortalte om store plager etter tvangsmedisinering:

Man får tunnelsyn (Dag viser det ved å lage en tunnel med hendene foran øynene). Man ser bare rett fram og ser ingenting rundt seg, oppfatter ingenting. Derfor tok jeg amfetamin for å oppheve medisinenes virkning. Amfetaminen reddet meg fra psykiatrien. Psykiaterne tror at man er rolig, men det er bare noe de tror. Egentlig blir man veldig urolig av anti-psykotiske medisiner, men det synes ikke utenpå, for man klarer ikke å få kroppen til å lystre (intervju, Dag, 2010).

Mariann hadde vært innlagt i flere uker og var uenig i og opprørt og sint over tvangsmedisineringen. I stua sa hun: ”Det har vært overgrep. Det er masse bivirkninger, jeg får utslett, får ikke sove om natta, kroppen min eser ut, og jeg legger på meg, men ingen vil høre på meg. Jeg er jo ikke syk.” En medpasient utbrøt: ”Jammen, de kan jo ikke bare tvinge i deg alt dette når du ikke er syk? Jeg er helt sjokka. Du ser jo ikke syk ut i det hele tatt. Har du klaga?” ”Ja, men jeg kommer ingen vei”, sa Mariann.

Arne har diagnosen schizofreni og har vært inn og ut av behandlingsapparatet i en årrekke. Han forteller om disse bivirkningene:

Jeg la på meg ti kg den første måneden etter Zyprexa². For cirka ett år siden veide jeg 127 kg, opp fra 82 kg [...]. Jeg skjønnte at jeg kom til å dø hvis jeg fortsatte. Kroppen ville ikke kunne håndtere alt fett. Jeg mista livsgnisten, jenter var ikke

interessert i meg fordi jeg var så feit. Hvis jeg kunne ha gjort valgene om igjen, skulle jeg valgt psykologisk behandling og hatt psykiatere på tusen mils avstand [...]. Derfor er det en aggresjon i meg som ikke er lett å håndtere. Jeg bruker ikke vold, men det er mange sinte ord i meg på grunn av medisinene (intervju, Arne, 2010).

Når medisinerer ble diskutert, fremhevet de ansatte at nyere antipsykotisk medisin hadde færre bivirkninger og flere gunstige virkninger enn eldre preparater. Likevel hadde dagens pasienter erfaringer med plagsomme bivirkninger. Personalet mente pasientene ville bli mye dårligere uten medisin, og dette legitimerte i stor grad tvangen. Forskeren observerte at før tvangsmedisinering var de ansatte på jakt etter sykdomstegn som bekreftet at medisinering var nødvendig. Slike tegn kunne være høy latter, mye prating, vandring i gangene, eller motsatt: isolering, sinne, utbrudd eller ”mangel på samarbeid” og mangel på ”sykdomsinnsikt”. Etter tvangsmedisineringen så de etter tegn på at medikamentet hadde virket. Det ble sett etter gunstige effekter, og slike effekter ble funnet. Ett eksempel fra en rapport illustrerer dette: ”Helene har et helt annet uttrykk. Det ser ut til at medisinen har begynt å virke” (feltnotater). Personalet var overbevist om at tiltaket hadde ført til en positiv endring hos pasienten. Helene selv trodde imidlertid at hun hadde blitt forgiftet, og følte seg ikke bedre (feltnotater). I studien fremstår derved tvangsmedisinering som samfunnets måte å verne og beskytte mennesker med psykose mot overlast, og samtidig gi dem behandling for sin lidelse.

Det nakne livet og tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand

I lys av Agamben kan den tvangsmedisinerte pasienten forstås som ”det nakne livet” uten samfunnsvern. Dette diskuteres i tilknytning til hvordan de ansatte, forstått som borgere, mener de ivaretar samfunnsvernet ved å gi pasientene det de beskriver som nødvendig behandling.

De som er vernet av samfunnet

Selv om tvangsmedisineringen fra psykiatriens side var ment som hjelp og beskyttelse, opplevde ikke flertallet av de tvangsmedisinerte pasientene seg som vernet av samfunnsrepresentantene. Agambens (2010) begrep om ”det nakne livet” kan være en illustrasjon på den avmakten pasientene beskrev når de ble tvangsmedisinert og protestene ikke førte fram. Å oppleve at en ikke har innvirkning på avgjørelser, kan erfares som smertefullt både når man blir tvangsmedisinert, og når man føler seg presset til å ta medisiner. I stedet for å bli vernet av psykiatrien, kan man forstå pasientene som utenfor samfunnsvernet. Tvangsmedisinering kan slik sett resultere i at samfunnsborgeren forsvinner. Som pasient blir man avkledd og hjelpeløs. I dette ingenmannslandet er man både innenfor og utenfor loven. Man er innenfor fordi tvangsmedisinering er tillatt, men utenfor fordi hovedregelen i all psykiatrisk behandling skal være frivillighet (Lovdata, 2011, § 2-1). Loven er derfor motsetningsfull, og pasienten fremstår ikke som et klart rettssubjekt, men som ”nakent liv”. I psykiatriske institusjoner utfører man derved lovlige handlinger som er ulovlige ellers i samfunnet.

Fylkeslegen, som en representant fra det offentlige Norge, ga godkjenningstempleet på et kontor i en annen bygning. Selv om Fylkeslegen både leste journalen og snakket med pasienten, var han/hun ikke til stede når sprøyta ble gitt. Det var som regel ikke legene på avdelingen heller. De med mest myndighet hørte derfor ikke ropene fra pasienten når sprøyta ble satt. Distansen kan medføre at ansvaret ikke blir personlig. Pasientene blir ikke autonome borgere, men ”nakent liv” som fagsystemet opplever å være forpliktet til å ikle sin

kompetanse. Når ulike ledd bygger opp under hverandres argumentasjon, fremstår systemet som samlet og selvforsterkende.

De som verner og blir vernet

I Agambens ånd representerer de ansatte samfunnsvernet og er også vernet av loven. Å tvangsmedisinere er lovlig. Når mennesker får en psykosediagnose, har psykiatrien som praksisfelt og fagfelt ansvaret for å hjelpe forsvarsløse og ”nakne” mennesker. Selv om pasientene ikke opplever dette som et vern, er det nettopp oppgaven som samfunnsvernere personalet tar. Paradokset ligger derfor i at noen mener at de verner dem som opplever å ikke bli vernet.

De som ivaretok samfunnsvernet, viste imidlertid ingen tilfredsstillende ved å tvangsmedisinere. Tvert imot fortalte de om avmakt og mangel på alternativer. De betegnet tvangsmedisinering som *tvingende nødvendig*. Kravet om samfunnsvern i form av medisinering kom ikke bare fra fagfeltet selv, men fra pårørende, politi og publikum. Samtidig krever offentlige myndigheter at tvang skal reduseres (Sosial- og helsedirektoratet 2006). De ansatte var derfor utsatt for et krysspress.

Tvangsmedisinering må forstås som en unntakstilstand og noe som bare skal skje dersom frivillighet er umulig (Lovdata 2011). Samtidig viste de ansattes erfaringer og praksis en sterk tro på medikamentenes gunstige virkning. Slik sett er unntakstilstanden inkorporert og mulig å gjennomføre. Selv om offisielle dokumenter sier at tvang skal reduseres, viser feltdata at i det daglige arbeidet betyr hensynet til samfunnsvernet og den opplevde *tvingende nødvendigheten* mer. Den enkelte psykiater ivaretar ansvaret på grunnlag av sin medisinske, psykiatriske ekspertise. Han/hun opptrer som den *dømmende* makten, som vurderer at pasienten trenger antipsykotiske medikamenter mot sin vilje. Sykepleiere innlemmes i samfunnsvernet som en *utøvende* makt. Instansen som er satt til å kontrollere det hele, Fylkeslegen, har selv en medisinsk utdannelse som vurderingene baseres på. I praksis finnes det ikke grenser mellom disse systemene. Denne sammensmeltede, men samtidig atskilte, suverene makten, fremstår i offentligheten som juridisk legalisert, mens den egentlig fungerer som en tilslørt unntakstilstand som er mer eller mindre permanent. Unntakstilstanden blir regelen og ikke unntaket (Agamben 2005, s. 9).

Man kan tenke seg at det er nødvendig å innføre unntakstilstander i ekstreme tilfeller, for eksempel der det er fare for eget eller andres liv og helse. Agamben viser til ”nødvendighet” (state of necessity) som grunnlag for en unntakstilstand, men nødvendighetsvurderinger er subjektive og relatert til de normene man vil forsvare, og de målene man ønsker å oppnå (Agamben 2005, s. 30). Det betyr at de som har definisjonsmakten, avgjør hva som er nødvendige inngrep. I psykiatriske institusjoner fremstår tvangsmedisinering som uunngåelig, noe som bidrar til å opprettholde unntakstilstanden. Vårt poeng er ikke å fjerne kriteriet, men å diskutere åpent hva som er et nødvendig inngrep. Den uklare og til dels tilslørte unntakstilstanden er via statsmakten overlevert til helseeksperter og gjort mer eller mindre permanent.

Paulsrudutvalgets konklusjoner blir således interessante. De anbefaler å videreføre behandlingskriteriet, som står for 83 prosent av tvangsmedisineringen (Sintef 2006), og støtter derfor opp under unntakstilstanden. Samtidig foreslår utvalget å erstatte begrepet ”beslutningskompetanse” med ”samtykkekompetanse” for ”å synliggjøre at pasientens selvbestemmelsesrett omfatter både det å samtykke og det å nekte” (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, s. 18). Her ser vi en bevegelse bort fra pasienten som ”nakent liv” til pasienten som borger. Videre foreslås det at kontroll og overprøving samles i én kontrollinstans, lagt til Fylkesmannsembetet. Det anbefales også at pasienten får fri rettshjelp ved klage på tvangsmedisineringsvedtak, og at observasjonsperioden utvides (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det spørres imidlertid om tiltakene er tilstrekkelige til å oppheve

unntakstilstanden, fordi psykiatriske eksperter definisjon av nødvendighet enkelt kan overprøve pasientenes egne vurderinger.

Avsluttende refleksjoner

Målet med tvangsmedisinering bør være at pasientene opplever vern. En vei å gå kan være å bryte en automatisk tanke om at "alle mennesker med psykose trenger antipsykotisk medisinering". I stedet for å tenke at dette er nødvendig, kan man spørre: "Hva må til for at tvangsmedisinering blir unødvendig?" På den måten forstyrres man den selvfølgelig måten å tenke og handle på, som preger alle kulturer. Det selvfølgelig blir dermed ikke selvfølgelig lenger. Å utvide observasjonsperioden gir også nye muligheter for å bli kjent med pasientene uten at de er medisinert. Vedtak om tvangsmedisinering kan forbeholdes ekstreme unntak. Utgangspunktet bør være en normalt tilstand der pasienten ikke tvangsmediseres. Unntakstilstanden bør, ja nettopp, være unntaket.

Noter

1. Jf. lov om psykisk helsevern, Lov 1999-07-02 nr. 62, hvor det gis adgang til legemiddelbehandling uten samtykke. Her presiseres det at legemiddelbehandling bare kan gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger (§ 4-4). (Lovdata, 2011).
2. Antipsykotisk medisin med vektøkning og økt risiko for diabetes som bivirkninger (Felleskatalogen 2011).

Referanser

- Agamben, G. (2005). *State of exception*. Chicago: University of Chicago Press.
- Agamben, G. (2010). *Homo sacer: Den suverene makten og det nakne livet*. Rakkestad: Valdisholm.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *Qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Felleskatalogen (2011). Hentet 14. desember 2011 fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/>
- Greenberg, W. M.; Moore-Duncan, L., & Herron, R. (1996). Patients' attitudes towards been forcibly medicated. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 24 (4), 513–524.
- Grøtta, M. (2010). "Giorgio Agamben – livet i unntakstilstanden", i J. Pedersen (red), *Moderne politisk teori*. Oslo: Pax.
- Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). "Forced medication in psychiatric care: Patients experiences and nurse perceptions". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10, 65–72.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. NOU 2011, 9.
- Husum, T. L. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatry wards in Norway*. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morris, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). *Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients*, *Psychiatric Services* 61, 286–292.
- Kjellin, L., Anderson, K., Bartholdsen, E., Candefjord, I.L., Holmstrøm, H., Jacobsson, L., Sandlund, M., Wallsten, T., & Østman, M. (2004). "Coercion in psychiatric care – patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services". *Nordic Journal of Psychiatry* (58), 153–159.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduksjon til et håndverk*. 2.utg. København: Hans Reitzels forlag.
- Larsen, I. B. (2009). "Det sitter i veggene". *Materialitet og mennesker i distriktpspsykiatriske sentra*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.
- Lovdata (2011). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (lov om psykisk helsevern)*. § 4-4. *Behandling uten eget samtykke*. Hentet 5. desember 2011 fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-4>
- Lucksted, A., & Coursey, R. D. (1995). "Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments". *Psychiatric Services* 46(2), 146–152.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) (2011). Hentet 6. desember 2011 fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Samtykke/>.
- Sintef (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Hentet 2. august 2011 fra <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/HT-rapport0406.pdf>.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret tvang*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Terkelsen, T. B. (2010). *Håndtering av engler og Ufoer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.
- Tvangsforskning.no (2011). Hentet 8. juni 2011 fra <http://tvangsforskning.no/>.

Summary

Toril Borch Terkelsen and Inger Beate Larsen

Compulsory medication as a state of exception: experiences from fieldwork

The study analyses the practice and experiences of involuntary medication related to patients and staff in a Norwegian acute psychiatric inpatient unit. Data is generated from fieldwork and the findings are: a) Both patients and staff experienced powerlessness, but for the staff medication was a matter of necessity even when they had to use force, b) Medication defined as voluntary, was experienced as involuntary. c) Patients described painful side effects from medicines; while the staff argued that favorable effects made up for side effects. The discussion draws upon the work of the Italian philosopher Giorgio Agamben and his political theories of human rights. This illustrates that involuntary medication becomes a permanent state of exception where patients are deprived their status as citizens.