

**Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk
utviklingshemning: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon**

Jim Aage Nøttestad og Emmanuel Revis

Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon

Mennesker med psykisk utviklingshemning er ofte overdrevent og til dels feilaktig medisinerert. Denne undersøkelsen tyder på en medikasjonspraksis på grensen til det faglig uforsvarlige.

Sosialtjenestelovens kapittel 6A omhandler bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning. Dette lovverket har antakelig påvirket praksis i tjenesteapparatet overfor denne gruppen mest, med unntak av reformen i 1991. Rådet for vurdering av praksis og rettssikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A (2002) har avgitt sin sluttrapport. Det er til nå publisert lite om hva som kjennetegner mennesker med psykisk utviklingshemning som har vært utsatt for tvang, men tvang blir ofte brukt ved utfordrende atferd. Forekomsten av utfordrende atferd, som angrep på andre mennesker, ødeleggelse av gjenstander og selvskading, forekommer i høyere grad blant mennesker med utviklingshemning enn i den øvrige befolkningen. Det er noe usikkerhet mht. prevalenstillene for utfordrende atferd, de varierer fra 5,7 % (Qureshi & Albortz, 1992) til 14 % (Borthwick-Duffy, 1994b), og enkelte studier viser enda høyere tall. Prevalensstudier basert på rapportering fra fagpersonalet viser også store variasjoner (Emerson, 2001; Hillery, 1999; Lowe & Felce, 1995; McGill et al., 2001; Tustin et al., 1991).

Forekomsten av utfordrende atferd og psykiske lidelser er større blant mennesker med psykisk utviklingshemning enn i resten av befolkningen. Prevalenstillene for psykiske lidelser varierer fra 10 % til 39 % (Borthwick-Duffy, 1994a; Borthwick-Duffy & Eyman, 1990; Cooper, 1997; Deb et al., 2001a; Eaton & Menolascino, 1982; Göstason, 1985; Hagnell et al., 1993; Iverson & Fox, 1989; Jacobson 1982; Lund 1985; Reiss, 1990, 1992; Roy et al., 1997). Variasjonen skyldes metodologiske vansker som forskjellige utvalg, forskjeller i definisjonen av psykiske vansker, ulike registreringsmetoder og vanskene ved diagnostisering av psykiske lidelser hos mennesker med en utviklingshemning. Til tross for at de fleste av studiene er beheftet med metodiske mangler, er det enighet om at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant mennesker med en psykisk utviklingshemning enn i den øvrige befolkningen (Tetzchner, 2003).

Flere undersøkelser har vist at det er en sammenheng mellom atferdsproblemer og psykiske lidelser. Atferdsproblemene ser ut til å øke med lidelsens alvorlighetsgrad hos mennesker med psykisk utviklingshemning (Borthwick–Duffy, 1994b; Deb et al., 2001b). Årsaken til denne sammenhengen er ikke kjent. En psykisk lidelse er ingen forutsetning for atferdsproblemer, og atferdsproblemer finnes også i høy grad hos mennesker med en utviklingshemning uten

psykiske lidelser. Atferdsproblemer defineres ut fra at de er problematiske i den sammenhengen de forekommer i, og slik kan i og for seg alle symptomer på en psykisk lidelse defineres som et atferdsproblem. Ved diagnostisering av psykiske vansker vil en også måtte forholde seg til ytre observerbar atferd, ofte atferd som betegnes som et problem. Handlingene som betegnes som et atferdsproblem, kan være et symptom på en psykisk lidelse, men inngår da i et mønster med bestemte handlinger som gir grunnlaget for å diagnostisere en psykisk lidelse. Symptomene eller atferdsproblemenes utviklingshistorie, og ikke bare deres forekomst, er vesentlig når en skal stille en diagnose.

Atferdsproblemer og psykiske lidelser er en av de vanligste årsakene til henvisning til spesialisthelsetjenesten (Kohen, 1993). Forbruket av psykotrop medikasjon er svært høyt sammenliknet med andre grupper i samfunnet (Aman, 1984). Flere undersøkelser har vist at psykotrop medikasjon ikke nødvendigvis er gitt på grunn av spesifikke symptomer eller psykiske lidelser (Bisconer et al., 1996; Clarke et al., 1990; Linaker, 1990). Det er heller ikke alltid samsvar mellom lidelse og den foreskrevne medikasjonen (Nøttestad & Linaker, 2003; Singh et al., 1997).

Da lite er kjent om de som utsettes for tvang, vil vi se på hvilke atferdsproblemer som førte til vedtak om tvang, og på hvilken tvang som ble brukt. Forekomsten av psykiske lidelser og atferdsproblemer er som nevnt høyere blant mennesker med psykisk utviklingshemning enn i befolkningen for øvrig. Det er gjort flere undersøkelser som viser at denne gruppen er overdrevent og til dels feilaktig medisinert. Vi vil derfor se om det er noen sammenheng mellom forekomsten av atferdsproblemer, psykiske lidelser, bruk av psykotrop medikasjon og de formene for tvang de har blitt utsatt for.

Metode

Undersøkelsen er en retrospektiv deskriptiv studie av voksne personer med psykisk utviklingshemning i Sør-Trøndelag som har vært utsatt for tvang og makt etter vedtak i kommunen og stadfestelse hos fylkesmannen.

Utvalg

Utvalget består av alle voksne mennesker med psykisk utviklingshemning fra Sør-Trøndelag som har hatt et kommunalt vedtak om bruk av tvang eller makt i perioden 1.1.2000–31.12.2003, i alt 43 personer. Vedtakene er overprøvd og godkjent av Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. Utvalget kommer

fra 12 av Sør-Trøndelags 25 kommuner. Innbyggertallet i kommunene med vedtak om bruk av tvang og makt utgjør 83 % av befolkningen i Sør-Trøndelag.

Tilnærme halvparten, 20 personer (43,5 %), er menn, og 23 (53,5 %) er kvinner. Gjennomsnittsalderen 1.1. 2000 var 36,6 år, med en spredning fra 17 til 73 år. Det er ingen forskjell i gjennomsnittsalderen hos kvinner og menn. I alt 14 % har en lett psykisk utviklingshemning, 16 % har moderat, 21 % har alvorlig og 5 % har dyp psykisk utviklingshemning i henhold til ICD-10 (WHO, 1998). Hos 44 % er ikke graden av utviklingshemning angitt.

Datainnsamling

Alle dataene er journalopplysninger innsamlet fra journalene ved Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag, St. Olavs Hospital, Avdeling Brøset. Artikkelenes andreforfatter har samlet inn dataene. Kategoriseringene er dels gjort av andreforfatteren alene og dels i samarbeid med førsteforfatteren. Kategoriseringen av psykiske lidelser og psykotrop medikasjon er gjort av andreforfatteren i samarbeid med psykiater. Dokumentasjonen som ble gjennomgått er kommunale vedtak om bruk av tvang og makt, samt vedleggene til de kommunale vedtakene, fylkesmannens overprøving av de kommunale vedtakene, spesialisthelsetjenestens uttalelser til de kommunale vedtakene og journalenes medisinske del.

Atferdsproblemene som lå til grunn for vedtaket om tvangsbruk ble bestemt ved skadene som ble dokumentert i de enkelte vedtakene. Materiell skade er skade på egne eller andres eiendeler. Selvskading omfatter alle former for selvskading. Skade mot andre er vold mot andre personer. Skade på sosialt omdømme er atferd som for eksempel grising med urin og avføring eller å kle seg naken i sosiale sammenhenger hvor dette ikke er naturlig. Manglende ivaretagelse av egen omsorg innebærer for eksempel spiseproblemer og motstand mot å gjennomføre nødvendig hygiene. Det er laget en indeks for atferdsproblemene hvor hvert atferdsproblem vektet som 1. Summen angir antallet atferdsproblemer den enkelte har, antallet er dikotomisert i henholdsvis ett og flere atferdsproblem.

Den tvang som er brukt, ble definert ut fra de tiltak som ble beskrevet i fylkesmannens vedtak. Fysisk tvang er forskjellige former for holding, inklusive å løfte opp en person som har lagt seg ned. Materiell begrensning er begrensninger i tilgangen til mat, vann og ulike gjenstander som for eksempel klær. Bevegelseshindring er begrensning av individets mulighet til fri bevegelse som ved låsing av dører, fotfølging og lignende. Overvåking består i bruken av ulike typer alarmer. «Mekanisk tvang» innebærer bruk av hjelm og knytting av klær. Det er laget en indeks for mengden tvang som

er brukt, hvor hver form for tvang vektet som 1. Antallet er dikotomisert i henholdsvis en og flere former for tvang.

Diagnosene på psykiske lidelser er stilt av lege/psykolog i den kommunale helsetjenesten og/eller i spesialisthelsetjenesten i henhold til ICD-10 (WHO, 1998). Diagnosene er gruppert i ICD-10s hovedkategorier: F20-F29 schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, F30-F39 affektive lidelser, F40-F48 nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, F50-F59 atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F60-F69 personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne, F80-F89 utviklingsforstyrrelser, F90-F98 atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder. Komorbiditet vises ved en summering av antallet hovedkategori-diagnoser der null tilsier at vedkommende ikke har noen diagnose.

Medisinene er gitt av lege i kommunal helsetjeneste og/eller i spesialisthelsetjenesten enten som fast eller som eventuell medikasjon. Medikamentene er delt inn i følgende hovedgrupper: nevroleptika, antiepileptika, anksiolytika, antidepressiver/SSRI, stemningsstabiliserende, hypnotika og sentralstimulerende medikamenter. Graden av polyfarmasi fremkommer ved at vi summerer opp antallet medikamenter som ble brukt, bruk av mer enn ett psykotropt medikament tilsier polyfarmasi.

Materialet ble kodet og bearbeidet i SPSS for Windows, Release 11.0.0, Standard version.

Resultater

Fra 1.1.2000 til 31.12.2003 ble 101 tvangsvedtak godkjent. Vedtakene fordeler seg på 43 personer, med et gjennomsnitt på 2.3. Minimum var ett, maksimum var fem vedtak. Ti personer (23 %) av de 43 har ikke lenger noe vedtak om bruk av tvang, og 33 (77 %) har per 31.12.2003 fremdeles ett vedtak.

De atferdsproblemene som har ført til vedtakene om tvangstiltak, er omfattende. I alt 53 % av populasjonen har utøvd materiell skade, 67 % er selvskadende, 74 % skader andre mennesker, 26 % har atferd som skader deres sosiale omdømme, og 49 % handler slik at deres egen omsorg ikke blir ivaretatt. I overkant av en fjerdedel (26 %) har bare ett atferdsproblem, 19 % har to, 28 % har tre, og 28 % har fire til fem atferdsproblemer.

Forekomsten av atferdsproblemer gjenspeiles naturlig nok i det totale antallet vedtak om tvang, i alt 101. Av populasjonen ble 60 % utsatt for fysisk tvang, 46 % for materiell begrensning,

42 % ble hindret i sine bevegelsesmuligheter, 28 % ble overvåket og 14 % ble utsatt for «mekanisk tvang». Nesten halvparten, 42 % ble utsatt for bare en type tvang, 30 % ble utsatt for to former for tvang, og 28 % ble utsatt for tre eller flere former for tvang.

Forekomsten av psykiske vansker er relativt høy. Syv prosent har en diagnose tilsvarende F20-F29 schizofreni m.m., 9 % tilsvarende F30-F39 affektive lidelser, 5 % tilsvarende F40-F48 nevrotiske m.m., 2 % tilsvarende F50-F59 atferdssyndromer m.m., 14 % tilsvarende F60-F69 personlighets- og atferdsforstyrrelser, 26 % tilsvarende F80-F89 utviklingsforstyrrelser og 7 % tilsvarende F90-F98 atferdsforstyrrelser m.m.

Over halvparten (54 %) av utvalget har en eller annen form for psykiske vansker, og forekomsten av komorbiditet er høy. Litt over en tredjedel (37 %) har bare én diagnose, 14 % har to og 3 % har tre diagnoser. Nesten halvparten (49 %) har fått foreskrevet nevroleptika, 30 % antiepileptika, 37 % anksiolytika, 19 % antidepressiver/SSRI, 7 % stemningsstabiliserende, 9 % hypnotika og 2 % sentralstimulerende medikamenter. Av de uten epilepsi medisineres kun tre med antiepileptika. I alt 70 % bruker en eller annen form for psykotrop medikasjon med unntak for antiepileptika. Totalt, med antiepileptika, er det 84 % som har brukt en eller annen form for psykotrop medikasjon. Polyfarmasi forekommer i utstrakt grad, kun 39 % bruker ett medikament, 21 % bruker to og 23 % bruker tre eller flere. Det er ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom forekomst av psykiske lidelser og bruk av psykotrop medikasjon.

Atferdsproblemer

Det er ingen sammenheng mellom alder og atferdsproblem og mellom alder og graden av psykisk utviklingshemning. Tilsvarende er det heller ingen forskjell mellom de ulike atferdsproblemene og forekomsten av psykiske lidelser, ei heller i bruken av psykotrop medikasjon og forekomsten av polyfarmasi. Derimot er det flere kvinner enn menn blant de som er selvskadende ($\chi^2(1, N = 43) = 5.180, p = 0,048$). Utover dette er det ingen kjønnsforskjeller blant de med andre definerte atferdsproblemer.

Det er ingen forskjell på de som har ett atferdsproblem og de med flere.

Omfang av tvangstiltak

Det er ikke påvist noen forskjeller på de som utsettes for ett tvangstiltak, i forhold til de som utsettes for flere tiltak mht. kjønn, grad av psykisk utviklingshemning, antall atferdsproblemer, antallet psykiske lidelser, forekomst av polyfarmasi, reiseavstanden til spesialisthelsetjenesten og kommunenes størrelse.

De som utsettes for ett tvangstiltak, er yngre ($M = 31.94$, $SD = 16,232$) enn de som utsettes for flere ($M = 39,96$, $SD = 9,379$), ($t_{(41)} = -2,045$, $p = 0,047$).

Tabell 1 viser at ved sammenlikning av de to gruppene er det statistisk signifikant flere blant de som utsettes for mer enn ett tvangstiltak, som har manglende ivaretagelse av egen omsorg som atferdsproblem ($c^2(1, N = 43) = 5,495$, $DF = 1$, $p = 0,019$). Ut over dette er det ingen statistisk signifikant forskjell på atferdsproblemene i de to gruppene.

Tabell 1. Graden av tvang som er brukt og forekomsten av atferdsproblem (N = 43)

	Ett tvangstiltak (n = 18)		Flere tvangstiltak (n = 25)	
	N	%	N	%
Materiell skade	7	39	16	64
Selvskading	13	72	16	64
Skade mot andre	12	67	20	80
Skade på sosialt omdømme	3	17	8	32
Skade på egen omsorg	5	28	16	64

*p # .05

Tabell 2 viser at det er flere blant de som utsettes for flere tvangstiltak, som medisineres med nevroleptika ($c^2(1, N = 43) = 5,495$, $DF = 1$, $p = 0,031$), enn det er blant de som utsettes for ett tiltak. Tilsvarende er det flere blant de som utsettes for ett tvangstiltak, som medisineres med antiepileptika ($c^2(1, N = 43) = 5,736$, $DF = 1$, $p = 0,023$) enn det er blant de som utsettes for flere. Utover dette er det ingen forskjell på antallet som bruker psykotrop medikasjon blant de som utsettes for ett eller flere tvangstiltak.

Tabell 2. Graden av tvang som er brukt og forekomsten av psykotrop medikasjon (N = 43)

	Ett tvangstiltak (n = 18)		Flere tvangstiltak (n = 25)	
	N	%	N	%
Nevroleptika	5	28	16	64 *
Antiepileptika	9	50 *	4	16
Anxiolytika	4	22	12	48
Antidepressiva/SSRI	3	17	5	20
Stemningsstabiliserende	1	6	2	8

Tabell 2. Graden av tvang som er brukt og forekomsten av psykotrop medikasjon (N = 43)

Hypnotika	1	6	3	12
Sentralstimulerende	0	0	1	4

**p* # .05

Tabell 3 viser at det er flere blant de som utsettes for flere tvangstiltak, som opplever materiell begrensning, ($c^2(1, N = 43) = 7,342, DF = 1, p = 0,012$), enn det er blant de som utsettes for ett tiltak. Det er også flere blant de som utsettes for flere tiltak, som opplever begrensninger i sine bevegelsesmuligheter, ($c^2(1, N = 43) = 22,291, DF = 1, p = 0,000$), enn det er blant de som utsettes for ett. For øvrig er det ingen forskjell på de som utsettes for ett og de som utsettes for flere tiltak

Tabell 3. Graden av tvang som er brukt og forekomsten av de ulike formene for tvang som er gjennomført (N = 43)

	Ett tvangstiltak (n = 18)		Flere tvangstiltak (n = 25)	
	N	%	N	%
Fysisk tvang	9	50	17	68
Materielle kontroll	4	22	16	64 *
Bevegelseshindring	0	0	18	72 **
Overvåkning	4	22	8	32
«Mekanisk tvang»	1	6	5	20

* *p* # .05
** *p* # .01

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å se på kjennetegn ved de som utsettes for tvang, og hvilke atferdsproblemer som muliggjorde denne, samt hvilken type tvang som ble brukt. Vi ønsket også å se om det var noen sammenheng mellom forekomsten av atferdsproblemer, psykiske lidelser, bruk av psykotrop medikasjon og de formene for tvang utvalget har vært utsatt for.

Vi fant at de 43 personene som omfattes av vedtak om tvang og makt i Sør-Trøndelag, har mange atferdsproblemer, og at tre fjerdedeler av dem har mer enn ett atferdsproblem som resulterer i bruk av tvang og makt. Over halvparten har en eller annen form for psykisk lidelse, og bruken av psykotrop medikasjon er høy. Det forekommer en utstrakt grad av polyfarmasi.

Det er ingen forskjell i forekomsten av tvang avhengig av avstanden til habiliteringstjenesten eller kommunens størrelse, hvilket indikerer at avstanden til spesialisthelsetjenesten ikke har noen

avgjørende innvirkning på bruken av godkjent tvang. Det er heller ikke noen forskjell på bruken av tvang mellom de mindre og de folkerike kommunene. Det er vanligvis færre personer med relevant kompetanse i små kommuner, så også i Sør- Trøndelag. Siden det ikke er noen forskjell på tvangsbruken, er dette en indikator på at bruk av tvang ikke er avhengig av tilgangen på fagfolk.

Graden av utviklingshemning er ikke angitt hos nesten halvparten av populasjonen (44 %). Dette er betenkelig, da forutsetningen for tvang er en medisinsk forsvarlig utredning, hvilket tilsier en utredning av graden av utviklingshemning. Vi er forundret over at kommunene har fått tillatelse til å bruke tvang uten en slik diagnostisering. Det store antallet med udiagnostisert grad av utviklingshemning kan også ha hatt innvirkning på våre statistiske analyser, uten at vi kan si hvordan.

Forekomsten av psykisk vansker er generelt sett høyere hos mennesker med en utviklingshemning enn hos den øvrige befolkningen, men ikke sammenliknet med de som har utviklingshemning og atferdsproblemer. Blant disse finner en oftere flere med psykiske vansker enn blant de uten atferdsproblemer (Borthwick-Duffy, 1994a; Deb et al., 2001b; Linaker, 1994). Den høyere andelen av mennesker med psykiske vansker i vårt utvalg skyldes sannsynligvis at de er valgt fordi de har atferdsproblemer som kvalifiserer til et vedtak om tvang og makt. En av forutsetningene for et slikt vedtak er at de har gjennomgått en medisinsk forsvarlig utredning og slik også er bedre utredet enn andre med en psykisk utviklingshemning.

Det ble ikke funnet noen forskjell på de med ett og de med flere atferdsproblemer. Dette kan skyldes at informasjon om hyppighet, intensitet og alvorlighetsgraden av de forskjellige atferdsproblemene ikke har vært tilgjengelig for oss. Eksempelvis vil en person med daglig alvorlig og høyfrekvent selvskading bli kategorisert som en person med et atferdsproblem. En person som har problemer med ivaretagelse av egen omsorg, som vises ved motstand mot tannpuss, og som river ned gardinene slik at naboene kan se ham upåkledd, vil bli kategorisert som en person med flere atferdsavvik.

Det er ingen forskjell på de som utsettes for flere tvangstiltak og de som utsettes for ett tiltak mht. psykiske vansker ut fra diagnosegruppene i ICD-10. Dette kan ha sammenheng med at vi har brukt ICD-10s hovedkategorier og ikke enkeltdiagnoser, slik at de diagnostiske kategoriene er vide og omfattende.

Medikasjon

I alt 70 % har, med unntak for antiepileptika, brukt en eller annen form for psykotrop medikasjon, og nevroleptika foreskrives til halvparten av utvalget. Selv om andelen brukere av nevroleptika og

Øvrig psykotrop medikasjon blant mennesker med en utviklingshemning er stor, er andelen i vårt utvalg høyere enn en kunne forvente. Singh et al. (1997) fant i sin gjennomgang av prevalensstudier at 12 til 40 % av de voksne institusjonsboende brukte psykotrop medikasjon. Blant de som ikke var i institusjon (barn og voksne), var det fra 19 til 29 % som brukte psykotrop medikasjon og 35 til 45 % som brukte psykotrop og anti-epileptika-medikasjon. Den ekstremt høye andelen med brukere av psykotrop medikasjon kan vanskelig forklares med at slik medikasjon ofte brukes mye blant mennesker med psykisk utviklingshemning som manifesterer atferdsproblemer (Bisconer et al., 1996; Clarke et al., 1990; Linaker, 1990; Nøttestad & Linaker 2003). Vi har ikke funnet noe samsvar mellom anvendelse av psykotrop medikasjon og psykiske diagnoser. Dette indikerer at psykotrop medikasjon sannsynligvis har vært brukt og brukes for å kontrollere de atferdsproblemene det nå brukes tvang overfor. Dette understøttes av at det var statistisk signifikant flere blant de med mange enn blant de med ett tvangstiltak som ble medisinert med nevroleptika.

Det foreligger ikke dokumentasjon i dag som tilsier at atferdsproblemer i seg selv kan behandles eller reduseres ved bruk av psykotrop medikasjon (Brylewski & Duggan, 1999). Bruk av psykotrop medikasjon som omtalt her reiser derfor både etiske og faglige problemstillinger. Her brukes medikamenter med til dels alvorlige bivirkninger overfor problemer uten dokumenterbar effekt. I hvilken grad dette er tilfellet på landsbasis, vites ikke, men problemet bør undersøkes nærmere.

Bruk av psykotrop medikasjon utover omfanget av de relevante diagnosene i denne studien viser at tilbudet innen psykisk helsevern, også til personer som skal være undersøkt av spesialister, er svært mangelfullt. Dette gjenspeiler sannsynligvis manglende kunnskap om gruppens egenart (Holden & Gitlesen, 2004; Linaker & Fløvik, 2004). En studie av Holden og Gitlesen (2004) om den generelle bruken av psykotrop medikasjon i Hedmark fylke bekrefter dette. Foreskrivning av psykotrop medikasjon samsvarte ikke med den enkeltes diagnose. Alternative behandlingstiltak var ikke utprøvd, og evaluering av medisinens effekt og bieffekt skjedde bare unntaksvis.

Det manglende samsvaret mellom bruken av psykotrop medikasjon og forekomst av psykiske lidelser kan også ha sammenheng med at det er vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser blant mennesker med psykisk utviklingshemning, og at en spesialistundersøkelse ofte fører til endringer i diagnosene (Nøttestad & Linaker, 2003; Skullerud, 2000). Slik kan det være en mulighet for at både diagnostisering og medikasjon hviler på et faglig tynt grunnlag. Uansett årsaken til det manglende

samsvaret mellom diagnose og medikasjon viser resultatene en medikasjonspraksis som er på grensen til det faglig uforsvarlige.

Kjønns- og aldersforskjeller

Eldre utsettes for mer tvang enn yngre. Dette er overraskende i lys av at flere studier viser at to tredjedeler av de som manifesterer aggressiv og utfordrende atferd, er under 45 år. Etter fylte 40 år avtar vanligvis denne atferden (Harris & Russel, 1989; Linaker, 1994; Quereshi, 1993). At det er flere eldre blant de som utsettes for mye tvang, kan ha sammenheng med at eldre med psykisk utviklingshemning kan ha somatiske tilleggspolproblemer som nødvendiggjør større materielle begrensninger. En annen forklaring kan være at dersom lovverket anvendes etter at andre tiltak er prøvd, vil de som er eldst og fremdeles manifesterer atferdsproblemer, i større grad kunne bli utsatt for tvangsbehandling enn yngre, da de allerede fyller vilkåret om at andre tiltak skal være prøvd først.

Studien viser at det var flere selvskadende kvinner enn menn. Internasjonale studier er ikke entydige med hensyn til andelen selvskadende blant kvinner og menn. Noen undersøkelser viser at det ikke er noen vesentlig forskjell på andelen selvskadende blant kvinner og menn (Borthwick-Duffy, 1994b; Rojahn & Esbensen, 2002). Andre studier har vist at det er flere kvinner enn menn som skader seg selv (Applegate et al., 1999; Deb et al., 2001b; Griffin et al., 1986; Maisto et al., 1978). Vårt funn kan skyldes at det er flere med selvskadende atferd blant kvinnene. Resultatet kan imidlertid også ha sammenheng med kulturelle forhold. Det kan for eksempel være slik at bistandsyterne reagerer forskjellig på selvskadende atferd hos kvinner og menn, og at de opplever det som vanskeligere å forholde seg til en selvskadende kvinne enn en selvskadende mann, slik at terskelen for inngripen med tvang overfor kvinner er lavere (Tetzchner, 2003).

Undersøkelsen viser at de som utsettes for ett tvangstiltak, oftere er medisiner med antiepileptika enn de som utsettes for flere tiltak. Dette kan ha sammenheng med lovreglene som krever tvangsvedtak hvis en skal bruke alarm- og overvåkningsanordninger overfor personer med epileptiske anfall, og slik sett er dette i tråd med lovverkets intensjoner. Klinisk erfaring tilsier også at de i dette utvalget som har epilepsi, ikke har atferdsproblemer som krever flere typer tvang.

Blant de som utsettes for mer enn ett tvangstiltak, er det flere som utsettes for materiell kontroll eller bevegelsehindring enn blant de som utsettes for ett tiltak. Dette indikerer at de som har en form for problematferd, vanligvis har flere (Borthwick-Duffy, 1994a, 1994b; Davidson et al., 1999; Deb et al., 2001b; Griffin et al., 1986; Linaker, 1994). Dette kan også skyldes at materiell

kontroll og bevegelseshindring anses som mindre inngripende former for tvang og anvendes sammen med andre mer inngripende former.

Metodiske begrensninger

Vi har ikke hatt tilgang til informasjon om forekomsten, varigheten og intensiteten i den anvendte tvangen. En indikator på tvangsbruk hvor disse forholdene var med ville kunne gitt andre resultater enn de angitte.

Denne undersøkelsen omfatter kun voksne i Sør-Trøndelag. Det finnes ikke noen oversikt over antallet vedtak om bruk av tvang i forhold til befolkningen i de forskjellige fylkene. En sammenlikning mellom fylkene blir slik umulig. De angitte resultatene i Sluttdokument fra Rådet for vurdering av praksis og rettssikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A indikerer at det er store forskjeller i antall vedtak mellom fylkene. Resultatene fra denne undersøkelsen bør derfor ikke generaliseres til andre fylker. Tallene for tvangsbruk omfatter bare voksne med godkjente tvangstiltak. Til tross for sosialtjenestelovens § 4A er det sannsynlig at det utøves «svart», ikke godkjent tvang. Den reelle bruken av tvang overfor mennesker med psykisk utviklingshemning er sannsynligvis større enn det vi har angitt.

Konklusjon

Personer som omfattes av vedtak om tvang og makt har mange atferdsproblemer. Over halvparten (54 %) av personene har en eller annen form for psykisk lidelse. I alt 70 % har, med unntak for antiepileptika, brukt en eller annen form for psykotrop medikasjon, og nevroleptika foreskrives til halvparten. Det er ikke noe samsvar mellom diagnostiserte psykiske lidelser og bruken av psykotrop medikasjon. Bruken av nevroleptika er høyere blant de som utsettes for flere tvangstiltak enn det er blant de som utsettes for bare ett tiltak. Dette indikerer at nevroleptika har blitt brukt systematisk i et forsøk på å redusere de atferdsproblemene som tvangstiltakene er begrunnet i. Vi mener at denne medikasjonspraksisen er på grensen til det faglig uforsvarlige. Denne praksisen reiser flere etiske og faglige problemstillinger. Undersøkelsen omfatter kun Sør-Trøndelag, og resultatene kan derfor ikke generaliseres til andre fylker.

Jim Aage Nøttestad

St. Olavs Hospital, Avd. Brøset

Regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Pb. 1403 Lade, 7046 Trondheim

Tlf 73 86 50 00

E-post Jiaa-n@online.online.no

Referanser

- Aman, M. G. (1984). Drugs and learning in mentally retarded persons. I G. D. Burrows & J. S. Werry (Eds.), *Advances in human psychopharmacology* (ss. 121–163). Greenwich, CT.: JAI Press:
- Applegate, H., Matson, J. L., & Cherry, K. E. (1999). An evaluation of functional variables affecting severe problem behaviours in adults with mental retardation by using the Questions About Behavioral Function scale (QABF). *Research In Developmental Disabilities, 20*, 229–237.
- Bisconer, S. W., Sine, L. F., & Zhang, X. (1996). Prevalence and patterns of psychotropic medications use by adults with mental retardation living in community settings. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 8*, 291–311.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994a). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 17–27.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994b). Prevalence of destructive behaviors. I T. Thompson & D. B. Gray (Eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment* (ss. 3–23). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Borthwick-Duffy, S. A., & Eyman, R. K. (1990). Who are dually diagnosed? *American Journal of Mental Retardation, 94*, 586–595.
- Bouras, N., & Drummond, C. (1992). Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research, 36*, 349–357.
- Brylewski, J., & Duggan, L. (1999). Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Intellectual Disability Research, 43*, 360–371.
- Clarke, D., Kelley, S., Thinn, K., & Corbett, J.

- A. (1990). Psychotropic drugs and mental retardation: 1. Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in three medical settings. *Journal of Mental Deficiency*, *34*, 385–395.
- Cooper, S. A. (1997). Psychiatry of elderly compared to younger adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, *10*, 303–311.
- Corbett, J. A. (1979). Psychiatric morbidity and mental retardation. I F. E. James & R. P. Snaith (Eds.), *Psychiatric illness and mental handicap* (ss. 11–25). London: Gaskell Press.
- Davidson, L., Houser, K. D., Cain, N. N.,
- Sloane-Reeves, Quijano, L., Matons, L., Giesow, V., & Ladrikan, P. M. (1999). Characteristics of older adults with intellectual disabilities referred for crisis intervention. *Journal of Intellectual Disability Research*, *43*, 38–46.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001a). Mental disorders in adults who have intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among 16 and 64 years old community-based population. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*, 495–505.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001b). Mental disorders in adults who have intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among 16 and 64 years old community-based population. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*, 506–514.
- Eaton, L. F., & Menolascino, F. J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 1297–1303.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Griffin, J. C., Williams, D. E., Stark, M. T., Altmeyer, B. K., & Mason, M. (1986). Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Applied Research in Mental Retardation*, *7*, 105–116.
- Göstason, R. (1985). Psychiatric illness among the mentally retarded: A Swedish population study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *71*, 1–117.
- Hagnell, O., Ojesjo, L., Otterbeck, L., & Rosman, B. (1993). Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *21*, (Suppl. 50), 1–76.
- Harris, P., & Russel, O. (1989). *The prevalence of aggressive behaviour among people with learning difficulties in a single health district*: Interim report. Nora Fry research Centre, University of Bristol, Bristol.

- Hillery, J. (1999). Self-injurious behaviour and people with developmental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 109–120). Cambridge: Cambridge University Press.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices, *Research in Developmental Disabilities, 48*, 556–562.
- Iverson, J. C., & Fox, R. A. (1989). Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Research in Developmental Disabilities, 10*, 77–83.
- Jacobson, J. W. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population: I Behavior frequency. *Applied Research in Mental Retardation, 3*, 121–139.
- Kohen, D. (1993). Psychiatric emergencies in people with a mental handicap. *Psychiatric Bulletin, 17*, 587–589.
- Linaker, O. M. (1990). Frequency and determinants for psychotropic drug use in an institution for the mentally retarded. *British Journal of Psychiatry, 156*, 525–535.
- Linaker, O. M. (1994). Assaultiveness among institutionalized adults with mental retardation. *British Journal of Psychiatry, 164*, 62–68.
- Linaker, O. M., & Fløvik, J. C. (2004). Blivende psykiatrisk kunnskap om utviklingshemning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124*, 1090–1092.
- Lowe, K., & Felce, D. (1995). How do carers assess the severity of challenging behaviour? A total population study. *Journal of Intellectual Disability Research, 39*, 117–127.
- Lund, J. (1985). The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 72*, 563–570.
- Maisto, C. R., Baumeister, A. A., & Maisto, A. A. (1978). An analysis of variables related to self-injurious behaviour among institutionalized retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research, 22*, 27–36.
- McGill, P., Hughes, D., Teer, K., & Rye, L. (2001). Variability in staff reports of the frequency of challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 221–23.
- Nøttestad, J. Aa., & Linaker, O. M. (2003). Psychotropic drug use among people with intellectual disability before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 464–471.

- Qureshi, H. (1993) Prevalence of challenging behavior. I I. Flemming & B. Stanfert Kroese (Eds.), *People with learning disability and severe challenging behaviour. New developments in service and therapy* (ss. 11–42). Manchester: Manchester University Press.
- Qureshi, H., & Albortz, A. (1992). Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research*, 5, 130–145.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal of Mental Retardation*, 94, 578–585.
- Rojahn, J., & Esbensen, A. J. (2002). Epidemiology of self-injurious behavior in mental retardation: A review. I S. R. Schroeder, M. L. Oster-Granite, & T. Thompson (Eds.), *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships* (ss. 41–77). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roy, A., Martin, D. M., & Wells, M. B. (1997). Health gain through screening mental health: Developing primary health care services for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22, 227–239.
- Rådet for vurdering av praksis og rettssikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A. (2002). *Sluttdokument fra Rådet for vurdering av praksis og rettssikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A, for Rådets virketid 1. januar 1999–30. juni 2002*, Oslo.
- Singh, N. N., Ellis, C. R., & Wechsler, H. (1997). Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 255–266.
- Skullerud, E., Linaker, O. M., Svenning, A. C., & Torske, H. (2000). *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 3246–3248.
- Tetzchner, S. von (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemming. Betydning av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tustin, R. D., Kent, P. A., Bond, M. J., & Haskell, S. (1991). A classification of behaviour problems exhibited by people with intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17, 303–321.
- WHO (1998). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. revisjon). Oslo: Elanders Forlag.
- WHO (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.