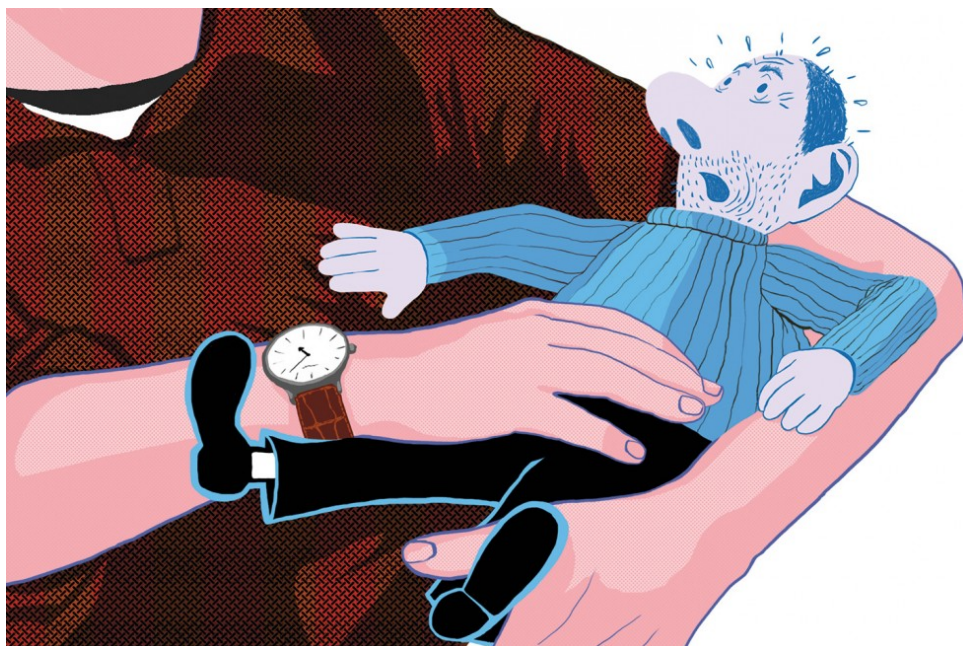


Tvangens etikk i psykisk helsevern



TEKST

Lars Fr. H. Svendsen

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark

PUBLISERT 27. mai 2022

EMNER

Tvang i psykisk helsevern

tvang

etikk

Etikkpanelet



LARS FR. H. SVENDSEN

Professor i filosofi, Universitet i Bergen. Foto: CF-Wesenberg / kolonihaven.no

Debatten om bruk av tvang i psykiatrien er polarisert, der det på den ene siden er forholdsvis bred enighet om at bruken av tvang skal reduseres, og på den annen side er et påtrykk for at bruken av tvang skal økes, særlig i etterkant av drap og selvmord som får bred medieomtale. Et grunnprinsipp i det liberale demokratiet er at den enkelte borger har en selvbestemmelsesrett. Det er grenser for denne retten, særlig ut fra hensyn til skade på andre borgere. Det kan også gjøres unntak fra prinsippet, men ethvert unntak må begrunnes. Én slik begrunnelse kan være at borgeren ikke oppfyller kriteriene for selvbestemmelsesrett fordi vedkommende lider under kognitive eller emosjonelle forstyrrelser som i høy grad undergraver handlingsrasjonaliteten.

Retten til selvbestemmelse

Vi forutsetter i vår rettskultur at myndige mennesker både har en evne og en rett til autonomi eller selvbestemmelse. Begrepet «autonomi» betegner både en evne og en status som rettighetsinnehaver. Forutsetningen for å ha status som autonom er at man for det første har utviklet evnen til selvbestemmelse, og at denne for det andre ikke er blitt vesentlig svekket av én eller flere årsaker.

Spørsmålet er hva vi skal forstå med «vesentlig svekket». For å frakjenne personer evnen til autonomi helt eller delvis er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar dårlige valg, eller at de har det som etter alt å dømme er høyst feilaktige oppfatninger. Vi har selvfølgelig rett til å forsøke å overbevise dem om at de tar feil, men hvis de ikke lar seg overbevise, må de normalt få ha sine misoppfatninger i fred. Hvis misoppfatningene blir svært alvorlige, slik at de bør kalles bisarre vrangforestillinger, kan imidlertid ikke personen sies å ha en tilstrekkelig handlingsrasjonalitet intakt.

Personen vil da ikke lenger oppfylle minstekrav til autonomi. Da kan heller ikke statusen som autonom opprettholdes, og selvbestemmelsesretten blir redusert.

Selvbestemmelsens grenser

I liberale demokratier blir vanligvis det såkalte «skadeprinsippet» betraktet som den mest overbevisende begrunnelsen for tiltak som griper inn i individets frihet. Prinsippet sier at skade på andre er den eneste legitime grunnen for å begrense selvbestemmelsesretten. Skadeprinsippet er uklart fordi det ikke presiserer hva som skal forstås med «skade». Hvis vi tolker «skade» vidt, kan nær sagt hva som helst sies å utgjøre en skade for en annen person siden svært mye av det vi gjør, på en eller annen måte kan sies å ha en negativ følge for andre mennesker, om enn bare ved å bidra til økt utslipp av klimagasser eller lignende. Vi må med andre ord ha en strengere forståelse av «skade», og det er vanlig å tolke det dit hen at det må være en skade som i en eller annen forstand utgjør en krenkelse av andres rettigheter. Skadeprinsippet fastslår uansett at hensyn til en persons eget beste ikke er en tilstrekkelig grunn til bruk av makt mot personen.

Prinsippet rommer derfor en kritikk av paternalisme. Paternalisme innebærer en tilsidesettelse av en aktørs selvbestemmelsesrett fordi aktøren ikke handler i samsvar med sin beste interesse. Det finnes en rekke ulike former for paternalisme, men for vårt formål er det viktigste å skille mellom hard og myk paternalisme. Myk paternalisme er å hindre noen midlertidig i å utføre en handling man mener kan være til skade for dem, fordi man vil forsikre seg om at de handler frivillig. Frivillighet forstås vanligvis ut fra to kriterier som går helt tilbake til Aristoteles' etikk: Aktøren må ha kontroll over handlingen og tilstrekkelig kunnskap om hva han eller hun gjør. Ifølge den myke paternalisten må en aktør få gjennomføre en handling som kan være til skade for ham eller henne, hvis begge kriterier er oppfylt. Hvis et av eller begge kriteriene ikke er oppfylt, har man derimot rett til fortsatt å hindre aktøren i å utføre handlingen. For den harde paternalisten er det derimot irrelevant om en handling er frivillig eller ikke. Spørsmålet er utelukkende hvorvidt handlingen er i aktørens egen interesse. Hvis aktøren velger et handlingsalternativ som er skadelig for ham eller henne, er det ifølge den harde paternalisten legitimt å gripe inn for å sikre aktøren det paternalisten betrakter som det beste utfallet. Den harde paternalisten mener med andre ord at personers rett til selvbestemmelse bør begrenses til de tilfellene hvor aktøren handler på en måte som er fordelaktig for aktøren selv. Det finnes slik sett ingen rett til å foreta dårlige valg. Bare en svak, og ikke en sterk, paternalisme er forenelig med respekt for personers autonomi.

Den myke paternalisten respekterer aktørers autonomi, men vil hevde at nettopp kravet om frivillighet ikke er oppfylt hos enkelte mennesker med psykiske lidelser. Lidelsen kan svekke autonomien i en slik grad at aktøren faller under minstebetingelsene for autonomi. Det er ikke tilstrekkelig at aktøren foretar dårlige beslutninger eller er dårlig tilpasset sine omgivelser. For at evnen til frivillig handling med rette skal kunne sies å

være satt ut av spill, må det påvises en dysfunksjonalitet som undergraver aktørens evne til autonomi.

Fra Aristoteles har vi prinsippet om at like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller skal behandles relevant ulikt. Hvis vi skal forskjellsbehandle to aktører, kreves det da at det må være en etisk relevant forskjell mellom de to aktørene. Én slik forskjell kan være at den ene aktøren har en somatisk lidelse, mens den andre har en psykisk lidelse. Spørsmålet er om det er etisk relevant forskjell.

Selv der det kan dreie seg om svært alvorlige konsekvenser for en pasient med en somatisk lidelse, hvor vi mener at pasienten foretar et uhyre dårlig valg, vil vi normalt respektere pasientens rett til selvbestemmelse fordi denne retten veier tyngre enn hensynet til hva vi mener er pasientens beste. For eksempel har enkelte religiøse grupper overbevisninger som er uforenlige med visse behandlinger. Medlemmer av Jehovas vitner mener at blodoverføringer er uforenlige med deres religiøse tro. Da følger det at de også skal kunne nekte å få en blodoverføring selv om legen skulle mene at det ville være til det beste for dem. Den norske helselovgivningen er i samsvar med dette. Vilklårene for å nekte blodoverføring er at pasienten nekter på grunn av «alvorlig overbevisning», og at vedkommende er myndig. Retten til å nekte blodoverføring er knyttet til personlig overbevisning og til en aldersgrense som er høyere enn den vanlige helseerettslige selvbestemmelsesretten.

Bildet blir mer komplisert hvis pasienten har en psykisk lidelse, fordi vi her kan finne at pasienten ikke er kompetent til å fatte beslutninger om sin egen behandling. Det utslagsgivende vil altså være spørsmålet om hvorvidt pasienten har samtykkekompetanse. Det faktum at en person behandles innenfor det psykiske helsevernet, ikke i den somatiske medisinen, er ikke en tilstrekkelig grunn for å anta at vedkommende ikke er i stand til å vurdere hva som er i hans eller hennes interesse. Det må dokumenteres at denne evnen er vesentlig redusert i hvert enkelt tilfelle.

«For å frakjenne personer evnen til autonomi helt eller delvis er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar dårlige valg, eller at de har det som etter alt å dømme er høyst feilaktige oppfatninger»

Det er alt annet enn uproblematisk å skille klart mellom dem som har samtykkekompetanse, og dem som ikke har det. Det gjelder både den somatiske medisinen og i psykisk helsevern. Overfladisk betraktet har man samtykkekompetanse hvis man har innsikt i ens sykdomstilstand og forstår konsekvensene av valgene man tar. Men når gjør man det? De færreste av oss har en særlig god forståelse av medisinsk statistikk, og foretar slik sett ikke særlig informerte valg når vi skal vurdere fordeler og

ulemper ved en gitt behandling for en somatisk lidelse. Hvor mange av det store flertallet som har latt seg vaksinere mot covid-19, eller det lille mindretallet som ikke har gjort det, har egentlig en særlig god forståelse av fordeler og risiko knyttet til vaksinen? Det er ikke enkelt å avgjøre når en pasient har en tilstrekkelig forståelse av sin egen behandlingssituasjon. I psykisk helsevern vil dette ofte være enda mer problematisk fordi det både for behandlingspersonalet og for pasienten selv ofte er vanskeligere å angi særlig presist hva risikoen er ved ikke å motta behandling.

Fare

At tvang kan brukes når en person utgjør en betydelig fare for andre, er ukontroversielt. Det er et kriterium som omfatter oss alle, både i somatikken, psykisk helsevern og utenfor medisinen. Vi tillater ikke folk å gå fritt med svært farlige, smittsomme sykdommer. Vi tillater heller ikke folk å utsette andre for urimelig stor fare i trafikken, å dyrke frem miltbrannbakterier på hobbyrommet eller å drive et restaurantkjøkken som er helsefarlig for kundene. Anvendelse av dette kriteriet krever ingen vurdering av pasientens samtykkekompetanse – det eneste relevante hensynet er hvorvidt man utgjør en tilstrekkelig fare for andre. Tvang som er begrunnet i at en person utgjør en fare for andre, er ikke paternalistisk, siden den iverksettes av hensyn til noen andre enn personen selv. I utgangspunktet byr ikke slik tvangsbruk på noen store etiske utfordringer, selv om det i praksis er vanskelig å predikere voldelig atferd. Det bør også fremheves at den nye psykisk helsevernloven fra 2017 ikke ga mindre rom for å bruke tvang mot pasienter som vurderes som en fare for andre.

Heller ikke når det gjelder pasienter som antas å utgjøre en fare for seg selv, var det noen endring i den nye loven. Det stilles ingen bestemte krav til samtykkekompetanse hos pasienten – fare som sådan er tilstrekkelig for å begrunne tvang. Her er det imidlertid en avgjørende forskjell mellom somatikken og psykisk helsevern fordi vi i somatikken lar pasienter utgjøre en fare for seg selv, og også velge alternativer som med stor sikkerhet vil forårsake pasientens død, for eksempel ved å nekte å få en blodoverføring. Også i somatikken kan vi bruke tvang når det står om pasientens liv, men vi vil da kreve at pasienten mangler samtykkekompetanse. I det psykiske helsevernet lar vi faren for pasientens eget liv være det utslagsgivende.

Fra et rettighetsetisk perspektiv kan det hevdes at psykiatrien og somatikken bør ha sammenfallende regler, slik at det også i psykiatrien må kreves en mangel på samtykkekompetanse for at det skal være legitimt å bruke tvang mot pasienter. Hvorfor skal vi tillate en pasient i somatikken å utgjøre en fare for seg selv, men ikke i psykiatrien, hvis de har samme nivå av samtykkekompetanse? En rettighetsetiker kan altså innvende at loven om psykisk helsevern er for paternalistisk på dette punktet fordi den ikke nøyer seg med en myk paternalisme for å undersøke hvorvidt en pasient handler frivillig (og opprettholder tvangen hvis pasienten ikke handler frivillig), men tyr til hard paternalisme, og bruker tvang selv om vi kan si at pasienten handler frivillig. Hvis man finner at personen tilfredsstillt kravene til samtykkekompetanse, vil

rettighetsetikeren hevde at det er uetisk å opprettholde tvangen selv om man skulle mene at det er betydelig risiko for svært selvdestruktiv atferd eller selvmord.

Hva vil en konsekvensetiker si? Det finnes ulike typer konsekvensetikk, men for vårt formål her holder det å si at en handling i henhold til konsekvensetikken er moralsk legitim hvis og bare hvis den har minst like gode konsekvenser som ethvert annet handlingsalternativ. I vår sammenheng vil det tilsi at det vil være legitimt å bruke tvang mot en pasient hvis og bare hvis det har bedre konsekvenser enn ikke å gjøre det. Konsekvensetikeren vil her ikke bare se på konsekvenser for pasienten selv, men også for pårørende, behandlingspersonalet etc. Vi kan si at konsekvensetikeren reduserer etikken til en ren nytte-kostnadsanalyse. Konsekvensetikeren vil ikke mene at det for enhver pris er riktig å forhindre et selvmord. Hvis det innebærer mindre lidelse for alle berørte, inklusive pasienten selv, selvfølgelig, at en pasient faktisk tar sitt liv, vil konsekvensetikeren hevde at det eneste moralsk riktige er å la vedkommende få gjøre det. La oss imidlertid anta at det stort sett vil ha bedre konsekvenser at en pasient ikke tar sitt liv, enn at pasienten gjør det. Da blir spørsmålet om hvorvidt vi kan dokumentere at bruk av tvang alt i alt forebygger selvmord, men det er et empirisk spørsmål jeg ikke har anledning til å forfølge her.

«Hvis vi skal forskjells-behandle, kreves en etisk relevant forskjell, som kan være at den ene aktøren har en somatisk lidelse, mens den andre har en psykisk lidelse. Spørsmålet er om det er etisk relevant forskjell»

Norsk helselovgivning er gjennomgående mer rettighetsetisk enn konsekvensetisk begrunnet. En rettighetsetisk vurdering vil imidlertid tilsi at hensynet til pasientens autonomi ikke er tillagt tilstrekkelig vekt i dagens lovverk. Den rettighetsetiske vurderingen tilsier at det er galt å bruke tvang mot en pasient som har samtykkekompetanse, selv om man skulle mene at pasienten utgjør en betydelig fare for seg selv. Når det gjelder pasienter som utgjør en vesentlig fare for andre eller ikke har samtykkekompetanse, vil det derimot være legitimt å bruke tvang.

Samtykke- og behandlingskriteriet

Hva med tvang i tilfeller der vi mener at det ikke foreligger noen vesentlig fare for pasienten eller andre hvis behandling ikke finner sted? Begrunnelsen for bruk av tvang går her ikke på avverging av fare, men på at gevinsten ved behandling vil være stor. Fra et konsekvensetisk perspektiv vil det være riktig å bruke tvang såfremt man kan gi en holdbar begrunnelse for at fordelene ved tvangsbruk mer enn oppveier ulempene. Blant relevante konsekvenser er direkte lidelse forårsaket av tvang, skader på relasjonen mellom pasient og behandlingspersonalet og hensynet til både pårørende,

behandlingspersonalet og samfunnet ellers. Begrunnelsesbyrden vil ligge hos den som hevder at konsekvensene av bruk av tvang i det enkelte tilfelle er bedre enn alternativet.

Det er på dette punktet vi finner den største forskjellen mellom den gamle og den nye psykisk helsevernloven. Den gamle loven hadde ingen krav om mangel på samtykkekompetanse, og begrunnelsen besto ene og alene i antatte konsekvenser for pasientens helse. I den nye loven om psykisk helsevern fra 2017 heter det at innleggelse og behandling forutsetter samtykke fra pasienten såfremt pasienten har samtykkekompetanse. Det innebærer at det ikke er akseptabelt å bruke tvang mot pasienter som har samtykkekompetanse, selv om man skulle mene at de ville nyte godt av behandling. Lovendringen innebar en forskyvning fra et konsekvensetisk perspektiv til et mer rettighetsetisk ved at vekten ble lagt mer på pasientautonomi enn på konsekvenser. Vi kan også si at den psykiatriske lovgivningen ble mer i samsvar med den vi har for den somatiske medisinen. Vi kan eventuelt betrakte den nye loven som en innskjerping av den gamle, ved at det legges rettighetsetiske føringer på når tvang overhodet kan være tillatelig, og så vil det være en konsekvensetisk vurdering hvorvidt tvang bør brukes i de tilfellene pasienten ikke er samtykkekompetent.

Avsluttende bemerkninger

Psykisk helsevernloven fra 2017 var en klar forbedring fordi den ivaretar pasientautonomi i større utstrekning enn den gamle, og den bringer bestemmelsene i psykisk helsevern mer i samsvar med den somatiske medisinen, men heller ikke den nye loven er helt optimal i et etisk perspektiv. Problemet knytter seg primært til at loven kan sies å være for paternalistisk overfor pasienter som er samtykkekompetente, men som likevel kan betraktes som en fare for seg selv.

«Også folk med psykiske lidelser har retten til å foreta dårlige valg, og til kanskje å lære noe av dem»

Tvangsinnleggelse etter farekriteriet kan være legitimt, der det er snakk om fare for andre enn pasienten selv. Det er som nevnt vanskelig å predikere farlighet, og hvis vi skulle brukt tvang mot alle som kunne tenkes å utgjøre en fare for andre, ville vi måtte bruke enormt mye tvang, og hvor frihetstapet for alle de tvangsinnlagte ikke ville stå i noe rimelig forhold til gevinsten i form av redusert risiko. Faren må følgelig betraktes som overhengende, og pasienter i en gråsoner bør følges opp forholdsvis tett. Tvang kan også brukes når pasienten ikke er samtykkekompetent. Utover det bør tvang ikke brukes. De rettighets- og konsekvensetiske overveielsene kan med fordel suppleres med andre etiske perspektiver fra for eksempel dydsetikk og omsorgsetikk, men jeg kan ikke se at disse andre teoriene vil gi gode grunner til å fravike grunnleggende pasientrettigheter.

Som nevnt er retten til selvbestemmelse et grunnprinsipp i vår rettskultur, og det må også omfatte pasienter i det psykiske helsevernet. Under bestemte omstendigheter kan det være grunner til å fravike dette prinsippet, men hovedregelen er at man bør respektere folks rett til å foreta valg, selv om man mener at det er riktig dårlige valg. Også folk med psykiske lidelser har retten til å foreta dårlige valg, og til kanskje å lære noe av dem.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 558-563

TEKST

Lars Fr. H. Svendsen

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark, illustratør