



Tvang i psykiatrien

av Lars Fr. H. Svendsen, filosof i Civita

Et grunnprinsipp i det liberale demokratiet er at den enkelte borger har en selvbestemmelsesrett som skal respekteres. Vårt utgangspunkt er at det er ulovlig og umoralsk å bruke tvang overfor personer. Det kan gjøres unntak fra denne regelen, men ethvert slikt unntak må begrunnes, og jo sterkere tvang en person utsettes for, desto sterkere krav må det stilles til begrunnelsen. Én slik begrunnelse er at personen ikke oppfyller kriteriene for å ha en slik selvbestemmelsesrett fordi vedkommende lider under kognitive eller emosjonelle forstyrrelser som i høy grad undergraver personens handlingsrasjonalitet.

Formålet med notatet er å formulere noen etiske prinsipper vedrørende samtykke og bruk av tvang i en psykiatrisk kontekst. Mitt anliggende er mest å vurdere etikken i dette, ikke jussen. De

to behøver ikke være sammenfallende. For eksempel er jussens rammer langt videre enn etikkens. Samtidig er jussen og etikken ikke helt atskilte størrelser, da etikken vil legge føringer på hva slags lovverk som er normativt akseptabelt. Holder vårt gjeldende lovverk om bruk av tvang i psykiatrien etisk mål? Jeg kan jo allerede nå antyde at den nye psykisk helsevernloven var en klar forbedring av den gamle, fordi den bedre ivaretar pasientautonomi og bringer bestemmelsene i psykiatrien mer i samsvar med de vi har i somatikken, men at heller ikke den nye loven er helt optimal i et etisk perspektiv.

Retten til selvbestemmelse

Vi forutsetter i vår rettskultur at myndige mennesker både har en evne og en rett til autonomi eller selvbestemmelse. Å ha status som autonom er å ha autoritet til å bestemme over en sfære av ens eget liv, og det er illegitimt for andre å gripe inn i denne sfæren med makt. Begrepet «autonomi» betegner både en evne og en status som impliserer visse rettigheter. De to betydningene henger sammen: Statusen tilkjennes noen på grunn av evnen. Det vil også si at det kan vil ha konsekvenser for statusen hvis evnen er vesentlig svekket. Å være autonom er å handle ut fra grunner som i en viss forstand er ens *egne*. Når vi hevder at en person ikke er autonom, følger det at vi mener at personen ikke handler ut fra grunner som er hans eller hennes egne. I en psykiatrisk kontekst innebærer det at det foreligger emosjonelle eller kognitive forstyrrelser som fører til at vedkommende ikke har sin handlingsrasjonalitet intakt.

For å frakjenne personer evnen til autonomi helt eller delvis, er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar noen riktig dårlige valg. I så fall ville vi alle vært ute å kjøre, siden rasjonelle valg ikke er vår sterkeste side. At en person ikke vet sitt eget beste, er ikke en tilstrekkelig grunn for å frakjenne vedkommende autonomi. Faktum er at de færreste av oss vet vårt eget beste. Når mennesker foretar hva vi oppfatter som dårlige beslutninger, har vi som nevnt selvfølgelig retten til å forsøke å overbevise dem om at de tar feil, men hvis de ikke lar seg overbevise, må de i det vesentlige få beholde det vi oppfatter som feilaktige oppfatninger eller vrangforestillinger. Det følger også av retten til tankefrihet, noe som blant annet er nedfelt i artikkel 9 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Det innebærer kort sagt at vi må ha svært romslige rammer for hva den enkelte må ha anledning til å holde for sant eller usant, og dette må også gjelde for personers oppfatning om seg selv, sin helsetilstand og hva som er adekvat behandling.

Jeg kan mene at en person har en rekke feilaktige oppfatninger om verden eller har preferanser jeg – og de fleste andre – oppfatter som svært uheldige, men det er ikke tilstrekkelig for å frakjenne personen evnen til autonomi. Grensen bør gå ved hva vi kan kalle *bisarre vrangforestillinger*, men det kan neppe formuleres noen klar grense her. Selv om jeg ikke vil frakjenne en person autonomi til tross for at personen har en rekke feilaktige oppfatninger, er det en flytende grense for hvor inadekvat en persons virkelighetserkjennelse kan være før dette vil bringe vedkommende under grensen for minimal autonomi. Men når vi kan begrunne at personen ikke oppfyller kravene til minimal autonomi, vil dette også føre til at statusen som autonom ikke lenger kan opprettholdes, dvs. at selvbestemmelsesretten blir redusert.

Selv om jeg ikke vil frakjenne en person autonomi til tross for at personen har en rekke feilaktige oppfatninger, er det en flytende grense for hvor inadekvat en persons virkelighetserkjennelse kan være før dette vil bringe vedkommende under grensen for minimal autonomi. Men når vi kan begrunne at personen ikke oppfyller kravene til minimal autonomi vil dette også føre til at statusen som autonom ikke lenger kan opprettholdes, dvs. at selvbestemmelsesretten blir redusert.

Selvbestemmelsens grenser

Det må settes grenser for vår frihet, særlig av hensyn til andre. Spørsmålet er hvor disse grensene skal gå. I liberale demokratier blir det såkalte «skadeprinsippet» vanligvis betraktet som den mest overbevisende begrunnelsen for tiltak som griper inn i individets frihet. Av dette følger at noe tvangsbruk er etisk ganske så uproblematisk, for eksempel når personer har en somatisk eller en psykisk lidelse som innebærer at de utgjør en betydelig fare for andre. Skadeprinsippet er ikke forbilledlig klart fordi det ikke presiserer hva som skal forstås med «skade». Hvis vi tolker «skade» vidt, er det knapt grenser for hva som i en eller annen forstand kan sies å utgjøre en skade for en annen person. 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. Utgangspunktet er at en persons eget beste ikke er en tilstrekkelig grunn til bruk av makt mot personen. Skade på andre personer er det eneste som kan begrunne bruk av makt mot en borger, og det må være en skade som i en eller annen forstand utgjør en krenkelse av den andres rettigheter. Det forutsettes videre at en person ikke kan krenke sine egne rettigheter, og derfor vil heller ikke betingelsene for inngripen bli oppfylt når man gjør noe som bare skader en selv. Folk må ha frihet til å foreta uhyre dårlige valg. Dette er et radikalt antipaternalistisk standpunkt.

Paternalisme er å overstyre en persons selvbestemmelsesrett fordi man mener at personen ikke er i stand til å handle i samsvar med hans eller hennes beste interesse. Vi bør skille mellom hard og myk paternalisme. Myk paternalisme forstås vanligvis dit hen at man har anledning til 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 Aristoteles to kriterier: Handlingen må kunne kontrolleres av aktøren og aktøren må ha tilstrekkelig kunnskap om hva han eller hun gjør. Ifølge den myke paternalisten må en aktør få gjennomføre en handling som vil kunne være til skade for ham eller henne hvis både kontroll- og kunnskapskriteriet er oppfylt. Hvis personen har evnen til frivillig handling, vil det ikke være legitimt å hindre vedkommende i å utføre en handling som innebærer betydelig risiko. Hard paternalisme tar derimot ikke stilling til om en handling er frivillig eller ikke, men vurderer utelukkende om et inngrip vil fremme personens presumptivt beste interesse. Hvis aktøren velger et suboptimalt handlingsalternativ er det ifølge den harde paternalisten legitimt å gripe inn for å sikre et best mulig resultat for aktøren. Slik jeg ser det er bare en svak, og ikke en sterk, paternalisme akseptabel ut fra hensynet til personers autonomi.

Imidlertid er det nettopp kravet om frivillighet som ikke er oppfylt hos en del mennesker med psykiske lidelser. Det kan hevdes at lidelsen i vesentlig grad svekker autonomien og i en del tilfeller bringer den under grensen for hva vi kaller minimal autonomi. Det får igjen konsekvenser for denne personens status og rettigheter.

Det grunnleggende kravet til en paternalistisk intervensjon, må være noe mer enn at pasienten foretar dårlige beslutninger eller er dårlig tilpasset sine omgivelser. Det må påvises en dysfunksjonalitet som undergraver pasientens evne til autonomi. 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 innrømme pasienten retten til selvbestemmelse. Hvis en pasient med en livstruende sykdom nekter å la seg behandle, til tross for at det finnes en behandling som antakelig vil lykkes og har få alvorlige bivirkninger, vil vi normalt gi pasienten anledning til å nekte å bli behandlet. Pasientens rett til selvbestemmelse veier tyngre enn hensynet til hva vi mener er pasientens beste. Dette gjelder også når vi mener at valgene er temmelig irrasjonelle. Ulike religiøse grupperinger har også overbevisninger som er uforenlige med visse behandlingsmåter. Et kjent eksempel er at medlemmer av Jehovas Vitner mener at blodoverføringer er uforenlige med deres religiøse tro. Da følger det av autonomiprinsippet 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, dvs. Over 18 år. Lovgiver har på denne måten knyttet retten til å nekte blodoverføring 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 synes ikke å være dekning for å hevde at personer med psykiske lidelser generelt er mindre kompetente enn personer uten psykiske lidelser. Det faktum at en person plasseres innenfor psykiatrien i stedet for 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.

Det er notorisk vanskelig å gi en klar fremstilling av hva samtykkekompetanse innebærer, slik at vi kan skille noenlunde presist mellom dem som har samtykkekompetanse og dem som ikke har det. Det gjelder for øvrig både i den somatiske medisinen og i psykiatrien. Overfladisk betraktet har man samtykkekompetanse hvis man har innsikt i ens sykdomstilstand og forstår konsekvensene av valgene man tar. Men når gjør man det? Et eksempel fra den somatiske medisinen, en scene som utspiller seg daglig på fastlegekontorer over hele landet, er: Hvis en mann på 54 år med litt for høyt blodtrykk og litt for høyt kolesterol kommer til legen, og legen synes at pasienten burde begynne med blodtrykks- og kolesterolsenkende medikamenter, kan legen alltid si til pasienten at han ved å ta slike medikamenter, vil halvere risikoen for et alvorlig hjerteinfarkt de nærmeste fem år. Legen snakker da sant, men det er samtidig å legge frem informasjonen på en måte som vil få pasienten til å tro at han er i større risiko enn han i realiteten er. Legen kunne også sagt til pasienten at han får redusert risikoen for et alvorlig hjerteinfarkt de nærmeste fem årene fra 2 til 1 prosent. Det er en halvering, men det er samtidig en forbedring på bare ett prosentpoeng. Hvordan pasientene får lagt frem informasjonen vil påvirke deres behandlingsvalg vesentlig, og man kan hevde at, både den pasienten som velger å bruke disse medisinene og den som velger ikke å gjøre det, foretar sin beslutning på et syltynt grunnlag. Det er ikke enkelt å avgjøre når en pasient har en tilstrekkelig forståelse av sin egen behandlingssituasjon. I psykiatrien vil dette av opplagte grunner ofte være

enda vanskeligere fordi det, både for behandlingspersonalet og for pasienten selv, er vanskeligere å si så presist hva risikoen er ved å nekte å la seg behandle. Vi kan neppe lage noen eksakt vitenskap her, og det er uunngåelig å måtte bruke skjønn.

Hva som er i en persons «beste interesse» er en vurdering den enkelte i det vesentlige må få ta selv. Det betyr at folk må få rikelig med anledning til å være selvdestruktive. Fra et liberalt ståsted finnes det ingen objektiv standard som kan avgjøre at én form for selvrealisering er å foretrekke fremfor en annen. Man kan alltid si at en form for selvrealisering er bedre for helsen enn en annen, men helse kan ikke gjøre krav på å være en privilegert verdi. En majoritet av befolkningen vil formodentlig betrakte helse som en av sine viktigste verdier, kanskje den aller viktigste, men en majoritetsoppfatning er likevel bare én konsepsjon av det gode blant andre. Noen mennesker lever livene sine på måter som er ubegripelige for majoriteten, og stort sett må de få lov til å gjøre det, såfremt de ikke derigjennom påfører andre skade. I tilfeller hvor personer kun påfører seg selv skade vil det imidlertid kunne være berettiget å bruke makt såfremt handlingene ikke er autonome.

Farekriteriet

Tvang kan vi definere bredt som bruk av makt eller autoritet til å overstyre en annens vilje. I en psykiatrisk kontekst kan tvang være svært fysisk og tydelig, som å legge en pasient i remmer, eller mer subtil, som å ha medikamenter i en pasients mat og drikke, uten pasientens vitende. I videre forstand bør også trusler mot en pasient og manipulasjon ved at man underslår eller gir villedende informasjon til pasienten, også betraktes som tvang fordi man undergraver pasientens evne til å foreta et fritt og informert valg. Det er ikke enkelt å avgjøre hvor mange av de psykiatriske innleggelsene i Norge som reelt sett skjer under tvang, blant annet fordi en del av de offisielt frivillige innleggelsene finner sted ved at pasienten oppfatter det dit hen at han eller hun vil bli innlagt enten det gis samtykke eller ei. Hvor stor denne andelen er, er det vanskelig å mene så mye om. Tall fra utenlandske studier varierer fra opp mot 50 prosent til ned mot 5 prosent, men det er flere studier som lander i den høye enden enn i den lave. La oss derfor bare si at det etter alt å dømme dreier seg om et betydelig antall, uten å spesifisere det nærmere.

I henhold til dagens psykisk helsevernloven kan tvang brukes bare dersom pasienten utgjør en umiddelbar fare - for seg selv eller andre – eller mangler samtykkekompetanse. Det første kriteriet, farekriteriet, ser ut til å være identisk i både den forrige og den nåværende psykisk helsevernloven. Når det gjelder fare for andre, er dette et temmelig ukontroversielt kriterium, og det er jo et kriterium som omfatter oss alle, både i somatikken, psykiatrien og for øvrig. Vi tillater heller ikke folk å gå fritt med svært farlige, smittsomme sykdommer. Det finnes en egen lov om vern mot smittsomme sykdommer som fastslår det. Vi tillater ikke folk å utsette andre for urimelig stor fare i trafikken eller å drive et restaurantkjøkken som er helsefarlig for kundene. Som sagt er dette temmelig ukontroversielt. Anvendelse av dette kriteriet krever ingen vurdering av pasientens autonomi – det eneste relevante hensynet er hvorvidt man utgjør en fare for andre. Tvang som er begrunnet i at en person utgjør en fare for andre er heller ikke paternalistisk, siden den iverksettes av hensyn til noen andre enn personen selv. Det er slik sett den enkleste kategorien, og i utgangspunktet

ikke noe som byr på noen store etiske utfordringer, selv om det i praksis er vanskelig å predikere voldelig atferd. Det er få predikatorer utover tidligere voldelig atferd. Psykiatere ser ut til å være like treffsikre som mennesker som ikke er psykiatere. Treffprosenten er lav, noe som primært skyldes at psykiatere – og alle andre – har en betydelig tendens til å overvurdere sannsynligheten for voldshandlinger. Men dette kan neppe noensinne bli en eksakt vitenskap. Uansett er det viktig å fremheve at lovendringen i 2017 ikke ga mindre rom for å bruke tvang mot pasienter som vurderes som en fare for andre.

Jeg har ikke klart å finne tall for hvor mange av dem som er innlagt etter farekriteriet som antas å være en fare for andre, og hvilke som antas å utgjøre en fare for seg selv, men det er jo god grunn til å anta at den siste gruppen er klart størst. Også her er den forrige og den nye loven på linje med hverandre. Heller ikke her stilles det bestemte krav til autonomi hos pasienten – selvmordsfare som sådan er tilstrekkelig for å begrunne tvang. Her ser vi også at det blir en avgjørende forskjell mellom somatikken og psykiatrien, ved at 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 ikke er autonom – eller mangler samtykkekompetanse, for å bruke det uttrykket. I den psykiatriske konteksten lar vi faren for pasientens eget liv være det eneste avgjørende. Her kan en rettighetsetiker hevde at psykiatrien og somatikken bør ha helt 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, men ikke i psykiatrien, å utgjøre en fare for seg selv, 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, dvs. bruker tvang selv om vi kan si at pasienten handler frivillig. Hvis man finner at personen tilfredstiller kravene til minimal autonomi 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 konsekvensetikeren 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 et 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 videre ikke bare se på pasienten selv, men også på konsekvenser for pårørende, behandlingsspersonale 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 bruk av tvang faktisk forebygger selvmord. Enkelte studier viser at pasienter med akutte, suicidale kriser har nytte av innleggelse i et kort tidsrom, men at dette er lite til hjelp for pasienter

med en dypere, mer varig suicidal disposisjon. Vi har ikke grunnlag for å hevde at bruk av tvang, alt i alt, reduserer antall selvmord.

Når vi bruker de to mest vanlige etiske redskapene, rettighetsetikk og konsekvensetikk på dette tilfellet, kan vi si at konsekvensetikeren lar det stå ganske åpent fordi det er så vanskelig å si noe særlig med sikkerhet om hvordan konsekvensene faktisk er. Imidlertid er norsk helselovgivning gjennomgående mer rettighetsetisk enn konsekvensetisk begrunnet. En rettighetsetisk vurdering vil her avvike fra både den gamle og den nye loven om psykisk helsevern. Avviket skyldes at hensynet til pasientens autonomi ikke er tillagt vekt i noen av versjonene av loven, som kun tar hensyn til hvorvidt pasienten kan sies å utgjøre en fare for seg selv. Den rettighetsetiske vurderingen vil her kort og godt si at det vil være 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 ikke har samtykkekompetanse, som faller under grensen for minimal autonomi, vil det være legitimt å bruke tvang. Jeg deler denne rettighetsetiske vurderingen. Jeg mener at det må være anledning til å tvangsinnlegge for å vurdere om en person er i en tilstand som undergraver autonome valg. Det blir en variant av hva jeg tidligere har omtalt som myk paternalisme. Hvis man finner at personen lider av kognitive og/eller emosjonelle forstyrrelser som bringer vedkommende under grensen for minimal autonomi, kan man opprettholde tvangen. Hvis man finner at personen tilfredsstiller kravene til minimal autonomi, vil det være moralsk galt å opprettholde tvangen selv om man skulle mene at det er betydelig risiko for selvmord.

Samtykke- og behandlingskriteriet

Hva med tvang i tilfeller hvor vi mener at det ikke foreligger noen vesentlig fare for pasienten eller andre hvis behandling ikke finner sted? Under den tidligere lovgivningen, hvor vi fortsatt hadde det såkalte behandlingskriteriet, gjaldt det godt over 2/3 av de tilfellene hvor tvang brukes. Begrunnelsen for bruk av tvang gikk her ikke på avverging av fare, men på at gevinsten ved behandling vil være så stor.

Den konsekvensetiske begrunnelsen vil være at konsekvensene av å tvangsinnlegge en person er bedre enn konsekvensene av ikke å gjøre det. I dette regnskapet må man også ta i betraktning de negative konsekvensene for en person av å bli tvangsinnlagt. Selv om man skulle kunne begrunne at fravær av behandling for eksempel vil forårsake irreversible skader, er det ikke i seg selv tilstrekkelig for å begrunne tvang, da man må veie skaden tvangen medfører opp mot skaden som forårsakes av manglende behandling. Enkelte hevder at bruk av tvang, eller til og med bare *muligheten* for bruk av tvang, er til vesentlig skade for relasjonen mellom pasient og behandlingspersonalet, noe som igjen har konsekvenser for hvor vellykket behandlingen er. Begrunningsbyrden vil ligge hos den som hevder at konsekvensene av en tvangsinnleggelse er bedre enn alternativet, siden det i ethvert tilfelle må være en presumpsjon for frihet og mot tvang. Selvbestemmelse er regelen, og tvang utgjør et unntak som må begrunnes. Hvis man ikke har grunnlag for å hevde at pasientene får det bedre med behandling under tvang enn uten, faller begrunnelsen for tvangen bort.

Selv om vi for argumentets skyld skulle anta at tvang i mange tilfeller har bedre konsekvenser enn ikke å bruke tvang, er det ikke av den grunn alene gitt at tvang er tillatelig. Det er her vi finner den største forskjellen mellom den gamle og den nye psykisk helsevernloven. Den gamle loven hadde ingen krav om mangel på samtykkekompetanse. Vi kan si at begrunnelsen ene og alene besto i antatte konsekvenser for pasientens helse. I den nye loven om psykisk helsevern fra 2017 ble det foretatt en stor endring på dette punktet. Nå heter det at innleggelse og behandling forutsetter samtykke fra pasienten såfremt pasienten har samtykkekompetanse. Det innebærer at det ikke er lov å bruke tvang mot pasienter som har samtykkekompetanse selv om man skulle mene at de ville nyte godt av behandling. Siden over 2/3 av de tvangsinnlagte etter den gamle loven ble innlagt ene og alene med henvisning til behandlingskriteriet, og følgelig eksplisitt ble vurdert til ikke å utgjøre en fare for hverken seg selv eller andre, skulle man tro at det etter lovendringen har vært en betydelig reduksjon i antall tvangsinnleggelser. Fasiten så langt er at det var en reduksjon umiddelbart etter lovendringen, men at det i påfølgende år har vært en sterk økning i antall tvangsinnleggelser, slik at vi i dag ligger på et vesentlig høyere nivå enn før lovendringen.

Vi kan også merke oss at lovendringen innebar at man beveget seg fra en konsekvensetisk begrunnelse til en mer rettighetsetisk ved at vekten ble lagt mer på autonomi enn på konsekvenser. Vi kan også si at den psykiatriske lovgivningen ble mer i samsvar med den vi har i den somatiske medisinen. Vi kan eventuelt betrakte den nye loven som en innskjerping av den gamle, ved at det nå 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.

Det er for øvrig ett sett konsekvenser som ikke er nevnt hittil, og det er konsekvensene for de pårørende. I forbindelse med den nye psykisk helsevernloven, har mange pårørende protestert og henvist til at de får urimelig store byrder fordi pasientene gis større rom enn før for å nekte. Mange pårørende mener at den vil innebære at helsevesenet nå frasier seg ansvaret for alvorlig syke pasienter, og lar de pårørende sitte igjen med hele byrden. Det er en høyst forståelig klage, men den veier lettere enn hensynet til pasientens selvbestemmelse. Pasienten har en rett til selvbestemmelse såfremt samtykkekompetanse foreligger. Pasientens familie har en høyst legitim interesse av ikke å bli påført ytterligere belastninger, men det foreligger ikke noen rettighet her. Familier har også en høyst legitim interesse av at et familiemedlem ikke er rusmisbruker, men de har ingen rett til ikke å ha en rusmisbruker i familien.

Føre-var

Debatten om bruk av tvang i psykiatrien er temmelig polarisert, ved at det på den ene siden er forholdsvis bred enighet om at bruken av tvang skal reduseres og på den annen side er et påtrykk om at bruken av tvang skal økes, særlig i etterkant av drap og selvmord som får bred medieomtale. Når det skjer en ulykke, som at en psykiatrisk pasient dreper en tilfeldig forbipasserende på gaten eller trikken, blir tendensen i nyhetsdekningen at vi alle er i fare for å bli angrepet av et større antall slike individer som ikke burde få gå fritt blant den øvrige befolkningen.

Tanken vil være at mindre tvang innebærer større risiko, og i vår kultur får vi i stadig større utstrekning en nulltoleranse for risiko. Moralen blir gjerne at vi må være «føre var» overfor alle potensielle trusler – både mot pasientens og andres liv og helse. Det finnes ingen objektiv målestokk for hva som er et akseptabelt risikonivå – det er et pragmatisk spørsmål. Problemet er at det ikke finnes noen øvre grense for hvor mye sikkerhet man kan kreve, idet man alltid vil kunne ta enda flere sikkerhetsforanstaltninger, men disse vil igjen ofte redusere menneskers frihet og handlingsrom, med de konsekvensene det har for deres livskvalitet.

Føre var-holdningen innebærer at farer generelt skal forhindres for enhver pris. I en psykiatrisk kontekst kan dette bety at man vil være mer tilbøyelig til å tvangsinnlegge en person enn til ikke å gjøre det, hvis man mener at det finnes risiko for at vedkommende kan være farlig for seg selv eller andre, hvor liten man enn måtte mene at denne risikoen er. Det er ikke så mange som protesterer hvis 1000 mennesker som neppe utgjør en reell risiko blir tvangsinnlagt, men det blir en medie-storm hvis én psykiatrisk pasient, som burde vært tvangsinnlagt, skader eller dreper et annet menneske på gaten. Føre var-prinsippet kan tilsi svært omfattende bruk av tvangsinnleggelser. Problemet er at føre var-prinsippet er et elendig beslutningskriterium.

Vi må akseptere en viss risiko. Ikke minst må vi insistere på at begrunnelsesbyrden ligger hos den som vil berøve et menneske dets rett til selvbestemmelse. Medietrykket i forbindelse med for eksempel såkalt «tikkende bomber» kan bli sterkt, men det må man simpelthen motstå, og blant annet henvise til det statistiske materialet som finnes, som tilsier at psykiatriske pasienter stort sett er helt harmløse for andre. Det er som nevnt svært 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.

Avsluttende bemerkninger

Psykisk helsevernloven fra 2017 var en klar forbedring fordi den ivaretar pasientautonomi i større utstrekning og bringer bestemmelsene i psykiatrien mer i samsvar med de vi har i somatikken, 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.

Tvangsinnleggelse etter farekriteriet kan være legitimt, særlig der det er snakk om fare for andre enn pasienten selv. Man må ha anledning til å beskytte seg. Imidlertid er det klart at bruken av tvang må følge et proporsjonalitetsprinsipp, hvor mengden tvang ikke må være ute av proporsjon med grad av fare. Mengden tvang må være så liten som mulig, innenfor det forsvarlige. Det kan i ekstreme tilfeller tilsi ekstreme midler.

Vi må fastholde en presumpsjon for autonomi. Man bør stort sett forholde seg til psykiatriske pasienter som man forholder seg til ethvert annet menneske, og bare fravike dette når det finnes

spesielle grunner til det. I utgangspunktet har personer en selvbestemmelsesrett som tilsier at de skal få forvalte livet slik de selv finner det tjenlig, men det kan være grunner til å fravike dette prinsippet.

Selv om en pasient ikke er kompetent til å foreta visse vurderinger, for eksempel om han eller hun utgjør en fare for seg selv eller andre, kan pasienten være i stand til å avgjøre mange andre spørsmål om sin situasjon ut fra egne preferanser. Det vil si at selv om man har fattet et vedtak om tvang, bør pasienten fortsatt, innenfor denne rammen, få anledning til å fatte så mange egne beslutninger som mulig fordi det gir personen en konkret erfaring av å forme sitt eget liv. Dette er selvfølgelig også fullt forenlig med at man stiller krav til vedkommende. Det handler om å hjelpe mennesker til å ta tilbake makten over sine egne liv, og det kan bare skje hvis de får anledning til å *praktisere* en slik makt over livene sine.

Et hovedmål med behandlingen må være å restituere klientenes autonomi. Autonomi innebærer som nevnt å ha et ansvar for seg og ens handlinger. Bruk av mer tvang enn strengt nødvendig er å frata klientene ansvar for seg selv, og er slik sett i strid med selve målet for behandlingen. 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.

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på lars@civita.no eller civita@civita.no.

Forsidefoto: istockphoto.com