

*Psykiatri og tvang
i en etisk kontekst*

Magt og afmagt i psykiatrien



Psykiatri og tvang i en etisk kontekst



Denne tekst er et diskussionsoplæg, hvor nogle af de etiske begrundelser, der kan gives for at anvende tvang, præsenteres. Desuden skitseres en række problemer, der er forbundet med at benytte tvang, blandt andet den negative indvirkning, som tilsidesættelse af patientens egne ønsker kan have for patientens selvrespekt. Teksten består af to dele. Den første del handler om tvang af hensyn til patienten selv. Begrebet paternalisme diskuteres, herunder henholdsvis hård og blød paternalisme. Anden del af teksten handler om situationer, hvor der anvendes tvang af andre grunde end af hensyn til patienten selv. Det kan være af hensyn til andre personer eller til samfundet som helhed. Blandt andet udfordres lægerollen i sådanne situationer.

Tvang af hensyn til patienten selv

Det fremgår af psykiatriloven, at en patient med psykisk sygdom, der er sindssyg eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan tvangsindlægges og tvangstilbageholdes med henblik på behandling, hvis dette er nødvendigt for at helbrede patienten, eller hvis det kan føre til en afgørende bedring af patientens tilstand. Det er også tilladt at tvangsbehandle patienten, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Desuden er det tilladt at benytte tvangsfiksering for at undgå, at patienten lider skade på legeme eller helbred. Endelig er det i 2010 blevet vedtaget, at en udskrevet patient med psykisk sygdom i visse tilfælde kan blive tvunget til opfølgende behandling, hvis patienten ikke frivilligt deltager i det planlagte behandlingsforløb.

Paternalisme

Når en person tvinges til noget *af hensyn til personen selv*, taler man om paternalisme. Hvis personen tvinges til noget af andre grunde – fx af hensyn til andre eller for at undgå hærverk – er det ikke så oplagt at tale om paternalisme. At indgrebet sker af hensyn til personen selv kan således opfattes som det definerende træk ved paternalisme. Denne forståelse er bygget ind i den følgende definition af begrebet, som: "en persons bevidste tilsidesættelse eller begrænsning af en anden persons udtrykte ønsker eller handlemuligheder, hvor den person, som begrænser den andens muligheder, begrundet dette med, at det er til fordel for og sker af hensyn til den person, hvis muligheder indskrænkes".¹

Når en person handler paternalistisk, tilsidesætter personen med andre ord en anden persons ret til selvbestemmelse eller autonomi med det formål at gavne personen eller

¹ Beauchamp Tom L. & James F. Childress (1994): *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, Oxford University Press, s. 274. Rådets oversættelse.

forhindre, at personen skades. Dette forklarer, hvorfor paternalistiske handlinger som oftest opfattes som problematiske i et samfund som det danske, hvor der i mange sammenhænge lægges vægt på personers ret til at bestemme selv. Dette gælder også inden for sundhedssektoren. Fx fremgår det af § 2 i sundhedsloven, at "Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse". Og denne formålsklæring har sat sig spor i mange af bestemmelserne i loven. Fx er udgangspunktet for sundhedspersonalet ifølge § 15 i sundhedsloven, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, heller ikke selv om det kan have negative konsekvenser for patientens helbred eller i yderste konsekvens føre til hans eller hendes død. Der er dog undtagelser fra denne regel, hvilket tvang i psykiatrien som nævnt er et eksempel på.

Forskellige former for paternalisme

Det er vigtigt at lægge mærke til, at man i debatten om paternalisme skelner mellem forskellige former for paternalisme. Én vigtig skelnen i medicinsk sammenhæng er mellem *ønsket* og *uønsket* paternalisme. Hvis en patient fx *overlader* en beslutning til den behandlende læge, taler man om *ønsket* paternalisme. Denne form for paternalisme er ikke lige så problematisk som den *uønskede* paternalisme, hvor patienten selv foretrækker at træffe beslutningen, men ikke får muligheden. Faktisk kan man diskutere, om den *ønskede* form for paternalisme reelt skal betragtes som paternalisme. At lægen træffer beslutningen, er jo i overensstemmelse med patientens egne ønsker og er derfor en konsekvens af patientens egen beslutning.

En anden skelnen er mellem *hård* og *blød* paternalisme. Den hårde paternalist overtrumfer en anden persons selvbestemmelse eller autonomi, selv om han eller hun anser den anden person for at være fuldt ud beslutningsdygtig. Den bløde paternalist griber derimod ind for at forhindre den anden person i at udføre handlinger, som af en eller anden grund må betegnes som ufrivillige eller ikke-autonome. Den bløde paternalist anser altså den anden person for at være enten momentant eller varigt inhabil til at træffe beslutninger, hvilket er en del af begrundelsen for at gribe ind. Den beskrevne skelnen mellem *hård* og *blød* paternalisme er vigtig i den psykiatriske sammenhæng og skal derfor uddybes i det følgende.

Hård paternalisme

I diskussionen om tvang i psykiatrien har et tilbagevendende tema været, om det nogensinde er på sin plads at udøve tvang over for patienter, der er fuldt ud beslutningshabile. En almindelig opfattelse er, at dette ikke er tilfældet. Det er svært at argumentere udtømmende for synspunktet, men man kan starte med at spørge, i hvilke tilfælde man selv vil anse det for at være retfærdiggjort, at andre udøver *hård* paternalisme i forhold til én selv? Hvis en læge fx sidder inde med en faglig viden, man ikke selv har, vil man så ikke forvente, at lægen forsøger at videregive sin viden til én eller i det mindste er lydhør i forhold til, om man er modvillig over for at lade lægen træffe beslutninger om forløbet? Og hvis man faktisk er modvillig over for det, vil man anse det for det eneste acceptable, at lægen forsøger at få en form for samtykke til at gå videre og ikke blot på paternalistisk vis ser bort fra den modstand, han eller hun oplever fra én. Men som allerede nævnt kan man, hvis et sådant implicit eller eksplicit samtykke gives, næppe tale om paternalisme i egentlig forstand, fordi ens selvbestemmelse reelt ikke tilsidesættes: Man indvilliger jo selv i at lade den anden træffe beslutningen.

Et andet spørgsmål kan være, om man anser det for at være retfærdiggjort, at andre udøver hård paternalisme mod én selv med den begrundelse, at de kender ens værdier, behov eller interesser bedre end en selv? Det vil nogle formodentlig anse for retfærdiggjort i særlige tilfælde, hvor paternalismen udøves af ens allernærmeste, mens man i andre tilfælde vil være meget mere forbeholden. Men igen har undtagelserne næppe betydning for problematikken om tvang i psykiatrien på et mere generelt niveau.

Man kan på samme måde som i de to eksempler forsætte med at afprøve mulige retfærdiggørelser for, at andre udøver hård paternalisme i forhold til én selv. De færreste vil sikkert finde frem til retfærdiggørelser, der kan anvendes på et mere generelt niveau. Men hvis man ikke accepterer, at andre udøver hård paternalisme i forhold til en selv, er det svært at begrunde, hvorfor hård paternalisme skulle være retfærdiggjort i forhold til andre personer.

Blød paternalisme

Det er imidlertid langt mere kontroversielt at forsvare det synspunkt, at det *aldrig* er på sin plads at udøve blød paternalisme inden for psykiatrien. Tværtimod er der bred enighed om, at det er et omsorgssvigt at overlade en psykotisk patient til sig selv, hvis patienten kan hjælpes ved at få en behandling, som patienten modsætter sig på grund af sin sygdom. Det springende punkt er altså ikke, om udøvelse af blød paternalisme i nogle tilfælde kan retfærdiggøres i forhold til patienter med en psykisk lidelse. At det er tilfældet, er stort set alle debattører enige om. Det springende punkt er derimod, *i hvilke tilfælde*, det mere præcist er på sin plads at udøve blød paternalisme. Et andet diskussionsemne er i forlængelse heraf, på hvilke måder det er rimeligt at gribe ind - og hvad man kan gøre for at få et paternalistisk begrundet indgreb til at virke mindst muligt krænkende eller indgribende for patienten.

Betingelser for at udøve blød paternalisme

Litteraturen om paternalisme rummer en mangfoldighed af forsøg på at opstille og præcisere kriterierne for, hvornår det er berettiget at udøve blød paternalisme. Her skal der gives blot et enkelt eksempel, som er taget fra et kapitel i værket *Psychiatric Ethics*². I kapitlet anføres det, at blød paternalisme som en første betingelse kun kan komme på tale i den psykiatriske kontekst, hvis der er et behandlingsbehov, det vil sige hvis patientens tilstand kan forbedres væsentligt gennem behandlingen. Det regnes normalt for en skærpende omstændighed, hvis det kan have *irreversible* konsekvenser ikke at behandle. En anden betingelse er, at patienten ikke er beslutningshabil og altså ikke er i stand til at give et gyldigt informeret samtykke eller et gyldigt informeret afslag på et behandlingstilbud. Det anføres i kapitlet, at dette blandt andet må afgøres ud fra de følgende parametre:

1. Personens evne til at forstå, at han eller hun har forskellige valgmuligheder.
2. Personens forståelse af sin egen situation.
3. Personens evne til at ræsonnere og forholde sig rationelt.
4. Personens evne til at forholde sig til sin sygdom og den situation, han eller hun befinder sig i, hvilket klinisk set ofte sammenfattes i spørgsmålet om, hvorvidt personen har "indsigt".

² Se Peele, Roger & Paul Chodoff (1999): "The Ethics of Involuntary Hospitalization and Deinstitutionalization" Kap. 20 i *Psychiatric Ethics*, (Eds.: S. Bloch, P. Chodoff & S. A. Green), Third Edition, Oxford University Press.

En gennemgående opfattelse i litteraturen om paternalisme er, at jo større behandlingsbehovet og mulighed for irreversible følgevirkninger af ikke at behandle er, des højere krav kan man tillade sig at stille til patientens færdigheder under punkt 1-4, når man skal tage stilling til, om det er berettiget at foretage et blødt paternalistisk indgreb.

Den meget omfattende litteratur om kriterierne for at udøve blød paternalisme skal ikke diskuteres nærmere. Blot skal det nævnes, at de enkelte kriterier sjældent har karakter af at være enten realiserede eller ikke-realiserede – de er derimod realiserede i større eller mindre grad. Derfor er det som oftest et skøn, hvilken grad af beslutningshabilitet patienten er i besiddelse af – og om han eller hun er tilstrækkeligt habil til at træffe en given beslutning. Patienten kan nemlig udmærket vurderes at være i stand til at træffe nogle beslutninger, men ikke andre.

Paternalisme og menneskelige relationer

Man kan udmærket være kritisk indstillet over for formynderi og paternalisme og samtidig vedkende sig, at det enkelte menneskes muligheder for at udøve autonomi og selvbestemmelse er dybt afhængig af relationerne til andre. En af autonomitænkningens fædre, John Stuart Mill (1806-1873), tilsluttede sig netop denne kombination af opfattelser.

Som det fremgår af det følgende citat var Mill nemlig på den ene side en helhjertet modstander af paternalisme:

”Den eneste begrundelse, som kan retfærdiggøre anvendelsen af magt over for en borger i et civiliseret samfund mod hans vilje, er, at det forhindrer, at andre skades. At det er til hans eget bedste af fysiske eller moralske årsager, er ikke en tilstrækkelig grund. Det er ikke acceptabelt at tvinge en person til at gøre eller at undlade at gøre noget, fordi det vil være bedst for ham, fordi det vil gøre ham mere lykkelig, fordi det – efter andres opfattelse – vil være klogt eller endda rigtigt. Dette er gode grunde til at protestere mod eller diskutere med ham, at forsøge at overtale ham eller at bede ham om noget, men det udgør ikke en begrundelse for at tvinge ham eller at udsætte ham for noget ondt, hvis han gør noget andet end det, man ønsker.”³

På den anden side var Mill også opmærksom på, at det enkelte menneske kun kan danne sig en holdning til tilværelsen og udvikle sin evne til at træffe gode og selvstændige beslutninger gennem dialog med og modspil fra andre. Følgende citat illustrerer dette:

”Den, der kun ser sagen fra sin egen side, ved for lidt om problemstillingen. Det kan være, at han kan fremføre gode argumenter for sine egne holdninger, som andre ikke er i stand til at tilbagevise. Men hvis han ikke selv er i stand til at tilbagevise de begrundelser, personer med den modsatte holdning bruger – og måske ikke en gang kender deres begrundelser – så har han ikke belæg for at foretrække den ene holdning frem for den anden.”⁴

Ifølge Mill kræver det således et tilpas modspil fra andre at danne sig en kvalificeret holdning selv. Man er nødt til at lytte og forholde sig til andres argumenter og holdninger. Og hvis man ikke er villig til det, kan det – jf. det forudgående citat – være nødvendigt, at medmennesket tager kampen op og udfordrer én med protester, diskussioner eller forsøg på overtalelse.

³ Mill, John Stuart (1859): *On Liberty*, her citeret efter A Norton Critical Edition (ed. Davis Spitz), W.W. Norton & Company INC. 1975, s. 10-11. Rådets oversættelse.

⁴ Ibid.

I nyere tid har blandt andre de såkaldte omsorgsetikere uddybet en række af Mills synspunkter angående menneskelige relationer og afhængighed.⁵ En af de væsentlige pointer er, at menneskets normalsituation ikke er at være selvberørende og uafhængig af andre, hvad angår mulighederne for at få sit liv til at fungere. Tværtimod er menneskets grundlæggende vilkår at være sårbar og indfældet i et fællesskab, som det er dybt afhængigt af for at udvikle sig, blomstre og i sidste ende også for overhovedet at opretholde livet. Dette er fx tydeligt, når et barn fødes og vokser op. Men det gælder også senere i livet, hvilket i særlig grad viser sig i forbindelse med alvorlige somatiske og psykiske sygdomme. I sådanne situationer er individets fremtidige muligheder for at opretholde sit liv og sin eksistens helt afhængig af andres indsats. På grund af denne gensidige afhængighed er det vigtigt for omsorgsetikerne at pointere, at vi er nødt til at påtage os et ansvar for hinanden og bestrebe os på at udøve en omsorg, der får den andens liv til at fungere bedst muligt.

De beskrevne opfattelser om menneskelig afhængighed, sårbarhed og ansvarlighed har nogle vigtige konsekvenser for, hvordan hele diskussionen om paternalisme skal opfattes. På grund af det enkelte menneskes afhængighed af og tætte tilknytning til forskellige former for fællesskaber er det ikke altid enkelt at skelne paternalistiske former for indgreb i andre menneskes liv fra interaktioner, der ikke er paternalistiske. På en skala, hvor det ene yderpunkt er meget krænkende paternalistiske indgreb, mens det andet yderpunkt er helt ukontroversielle påvirkninger af en anden person, er det ganske vist let at placere interaktioner som fx tvangsbehandling, bevidst fejlinformation og overlagt manipulation i den ene ende af skalaen under "meget krænkende paternalistiske indgreb", mens diskussion mellem jævnbyrdige diskussionsparter og neutral oplysning må placeres i den anden ende af skalaen. Men midt imellem disse yderpunkter er der en betragtelig gråzone, hvor det ikke uden videre er muligt at afgøre, om der er tale om paternalisme. Det er måske endda principielt umuligt at vurdere og kræver under alle omstændigheder et nærmere kendskab til den relevante situation.

Et eksempel på en interaktion, der ligger i denne gråzone, kunne være en diskussion mellem to personer, der *ikke* er jævnbyrdige – fx fordi den ene er mere vidende og er i en anden position end den anden – hvor den "stærkeste" forsøger at overbevise den anden om, at det er bedst for ham eller hende at gøre på en bestemt måde. Sådanne situationer opstår ofte inden for sundhedssektoren i mødet mellem sundhedspersonen og patienten, og der kan være en vis risiko for, at patienten ikke selv tager stilling, men snarere bliver påtvunget en bestemt opfattelse. Grænsen mellem at overbevise og at overtale kan nemlig i sådanne situationer være hårfin.

Et andet eksempel fra gråzonen kan være, at man forsøger at opmuntre en person til at gennemføre et projekt, man vurderer, personen selv ønsker at gennemføre, men blot mangler lidt selvdisciplin og viljestyrke til faktisk at kunne gennemføre. Det kan fx være at nedbringe sit alkoholforbrug eller at holde op med at ryge. I dette tilfælde kan der være en risiko for, at man snarere pådutter personen at have et bestemt projekt, end man fremmer en afklaringsproces, hvor personen finder ud af, om han reelt går ind for det projekt, han har svært ved at gennemføre.

⁵ Der findes meget litteratur om emnet, se fx K.W. Ruyter og A.J. Vetlesen (red.) (2001) *Omsorgens tvetydighed – egenart, historie og praksis*, Gyldendal Norsk Forlag AS for en antologi, der giver en god beskrivelse af omsorgsbegrebets mange facetter.

Begge de nævnte eksempler er karakteriseret ved, at den person, der måske kommer til at handle paternalistisk, anerkender medmenneskets afhængighed og dermed nødvendigheden af et vist medspil eller modspil. Personen vedkender sig altså sit ansvar over for den anden og udviser omsorg for, at hans eller hendes liv kommer til at fungere bedst muligt. At personen så alligevel kan komme til at handle paternalistisk demonstrerer, at paternalistiske handlinger ikke nødvendigvis har en fundamentalt anden karakter end andre typer af handlinger, der også er rettet mod at hjælpe en anden. De er – eller kan i det mindste være – en konsekvens af de grundvilkår og de deraf følgende fordringer om ansvarlighed og omsorgsfuldhed, der er kendetegnende for den menneskelige eksistensform.


Inhabilitet og patientens værdier

Et andet tema, der er relevant i den psykiatriske kontekst, er, i hvilket omfang en patients manglende villighed til at samtykke til en behandling, som det sundhedsfaglige personale finder nødvendig, kan bruges som et kriterium for at anse patienten for at være inhabil til at træffe beslutninger. Som udgangspunkt udgør det ikke en god begrundelse for at overtrumfe patientens beslutninger på det *somatiske* område. Tværtimod er en væsentlig begrundelse for at respektere patienters selvbestemmelse, at de kan have værdier og interesser, som ikke er forenelige med at give dem den behandling, der er i overensstemmelse med deres rent sundhedsmæssige behov. Det mest kendte eksempel på dette er måske Jehovas Vidner, som på grund af deres tro ikke ønsker at få en blodtransfusion og er villige til at sætte livet på spil for at undgå det. Det er de ifølge dansk lovgivning i deres gode ret til at gøre. Der kan gives mange andre og mindre radikale eksempler på sådanne konflikter mellem rent sundhedsmæssige behov og andre typer af interesser og værdier. Fx udgør risiko en parameter ved stort set enhver behandling, men der kan sjældent siges noget entydigt om, hvilken risiko det er rationelt for en given patient at være villig til at løbe.

Når patientens værdier og interesser på denne måde kan virke ind på, hvilken behandling han eller hun er villig til at acceptere, kan spørgsmålet om patientens habilitet naturligvis ikke alene hænges op på, om han eller hun giver samtykke til den foreslåede behandling. Det må besvares ud fra andre kriterier. Dette gælder naturligvis også på det psykiatriske område, hvor problematikken om sammenstødet mellem forskellige typer af værdier principielt set er den samme.

Overvejelserne fører frem til, at spørgsmålet om, hvorvidt det er på sin plads at udøve blød paternalisme over for en patient, ikke kan afgøres alene ved at se på, om det *set fra sundhedspersonalets rent sundhedsfaglige perspektiv* er rationelt for patienten at undlade at samtykke til et tilbud om behandling. I stedet må kriteriet være, om det *set fra patientens eget perspektiv* er rationelt at undlade at samtykke til behandlingen, idet der kan være væsentlige forskelle på de to perspektiver. Dette tema indgår i *Det Ethiske Råds hørings svar fra den 14. januar 2010 vedrørende udkast til Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (tvungen opfølgning efter udskrivning)*. I hørings svaret fremførte Rådet blandt andet at:

”Ønsket om ikke at være medicineret må som udgangspunkt respekteres, når dette ønske udtrykkes af en person, der er i stand til at forholde sig til sin situation. Den sindslidende kan – af flere forskellige grunde - have et ønske om at leve et medicinfrit liv. Nogle patienter vil således hellere løbe risikoen for tilbagefald af sygdom-



men end leve et liv med ganske voldsomme bivirkninger af medicin. Det står som udgangspunkt den enkelte borger i Danmark frit, hvordan vedkommende ønsker at leve sit liv og håndtere sin livssituation. Dette gælder alle mennesker. At indføre mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivelse, som alene skal gælde for en gruppe af patienter med psykiske lidelser, vil være et skridt i retning af at marginalisere mennesker med psykiske lidelser, og kan føre til et syn på mennesker med de sværeste psykiske lidelser som mennesker, der ikke har krav på samme rettigheder som andre.”

Ud fra denne måde at tænke på kan den tvang, der blev lovliggjort ved lovforslagets vedtagelse, altså ikke opfattes som en berettiget udøvelse af blød paternalisme. At patienten ikke følger den fastlagte behandlingsplan kan nemlig udmærket være rationelt set fra patientens perspektiv.

Nogle forfattere fører tankegangen videre og argumenterer for, at man ikke blot skal holde sig forskellen på patientperspektivet og behandlerperspektivet for øje, når man tager stilling til, om det er berettiget at udøve blød paternalisme. Man skal også tage hensyn til patientperspektivet, når man behandler patienten i en situation, hvor det faktisk er berettiget at udøve blød paternalisme og altså tilsidesætte patientens egne beslutninger og vurderinger. Man skal derfor respektere patientens værdier og interesser og lade dem være styrende for behandlingsforløbet, også selv om de kan være svære at forene med den sundhedsfaglige tankegang. Eksempelvis kan det være, at patienten tillægger nogle typer af bivirkninger som fx overvægt og svimmelhed større vægt, end sundhedspersonalet umiddelbart finder fornuftigt, fordi patienten lægger stor vægt på kropslig selvudfoldelse.

Det skal dog nævnes, at det i mange tilfælde kan være vanskeligt at afgøre, hvilke værdier og interesser der er patientens *autentiske* værdier og interesser. Dette kan skyldes rent praktiske forhold, som fx at patienten i den givne situation ikke er i stand til at udtrykke sig klart – og at man ikke ved, hvem man ellers skal spørge for at få et anvendeligt svar. Men det kan også skyldes, at selve sygdomsforløbet har medvirket til at ændre patientens værdier og ønsker på en måde, som det kan være svært uden videre at afskrive som et ikke autentisk udtryk for patientens pressede situation. I artiklen ”Coercive treatment and autonomy in Psychiatry”⁶ beskriver Sjöstrand og Helgesson som eksempel på denne problematik en patient, som på grund af sin religiøse baggrund har et meget kritisk forhold til brug af medicin, ikke mindst psykofarmaka. Under indlæggelse i en psykotisk tilstand giver patienten imidlertid udtryk for, at han har skiftet mening og gerne vil medicineres på trods af sine tidligere udtrykte holdninger. Men, spørger forfatterne, hvad skal man i dette tilfælde tage udgangspunkt i under behandlingen: De værdier, patienten tidligere har givet udtryk for – eller de værdier, patienten formulerer i sin psykotiske tilstand?

Paternalisme og selvrespekt

I forlængelse af passagen fra Det Ethiske Råds hørings svar skal det kort nævnes, at det under alle omstændigheder er nødvendigt at udvikle praksisser og rutiner, som er mindst muligt krænkende for patienten med en psykisk sygdom og dermed kan medvirke til, at patienten kan bibeholde sin selvrespekt. Mange forfattere har gjort opmærksom på, at selvrespekt udgør en slags rammebetingelse for, at en person er i stand til at mestre sin tilværelse. Vi kan nemlig ikke tage vores liv alvorligt, hvis vi ikke anser os selv og vores

⁶ *Bioethics*, 2008 Feb;22(2):113-20

egne værdier og projekter for at være værdifulde i deres egen ret. Men vi udvikler ikke vores selvrespekt i isolation fra andre. Tværtimod er den netop afhængig af, hvilket billede af os, der er indbygget i de praksisser, vi indgår i med andre. Og dette gælder vel at mærke både på det samfundsmæssige niveau og det nære behandlingsniveau.

På det samfundsmæssige niveau fører problematikken om selvrespekt til, at man bør være yderst varsom over for tiltag, der udtrykker en lavere tiltro til evnen hos patienter med en psykisk sygdom til at træffe beslutninger om deres tilværelse end til andre borgeres tilsvarende evne. En sådan forskelsbehandling kan ikke undgå at påvirke selvforståelsen hos patienter med psykisk sygdom og dermed i sidste ende deres selvrespekt. Derfor kan der være grund til at være yderst kritisk over for den nævnte lov om ambulante tvang.

På det behandlingsmæssige niveau kan tankegangen blandt andet bruges som begrundelse for de udviklinger angående medinddragelse af patienten, der allerede er i gang i dansk sammenhæng. Fx giver det god mening at lave forudgående aftaler med en patient med en psykisk sygdom om, hvordan han eller hun ønsker at blive behandlet i en eventuel psykotisk tilstand. Hvis sådanne aftaler laves og efterfølges, vil patienten i bedste fald opfatte en tvangsmæssig behandling som mindre krænkende og dermed mindre ødelæggende for hans eller hendes selvrespekt, end hvis tvangen udøves uden en forudgående aftale. Dette skyldes, at patienten delvist kan opfatte den som et udtryk for hans eller hendes egne beslutninger. Ligeledes vil det naturligvis være hensigtsmæssigt efterfølgende at involvere patienten i en opfølgende samtale, hvor patienten kan evaluere forløbet og eventuelt få en forklaring på, hvorfor hans eller hendes tidligere udtrykte ønsker angående behandlingen ikke i alle henseender kunne efterfølges.

Tvang af hensyn til andre end patienten selv

Som det fremgår af de foregående afsnit, kan en af begrundelserne for at anvende tvang over for patienter med psykiske sygdomme være, at det er i patienternes egen interesse, fordi de har brug for behandling og måske skader sig selv rent fysisk. Denne begrundelse er paternalistisk. Patienten formodes på grund af sin sygdom ikke at kunne varetage sine interesser selv. Derfor er det på sin plads, at andre træffer beslutninger om, hvad der skal ske med patienten og eventuelt tvinger patienten til at gøre det, der anses for at være rigtigst for ham eller hende.

En anden begrundelse for at anvende tvang over for patienter med psykiske sygdomme er hensynet til andre personer eller til samfundet som helhed. Også denne form for tvang udøves på de psykiatriske hospitaler. Tvangen kan være rettet mod at beskytte personalet og andre patienter eller at undgå ødelæggelse af inventar eller andre genstande. Som tidligere nævnt giver den danske lovgivning hjemmel til, at der udøves tvang i disse tilfælde under visse betingelser. I bogen *Tvang, kriminalitet og psykisk sygdom* giver Henrik Day Poulsen, der er speciallæge i psykiatri og har været ansat ved forskellige psykiatriske afdelinger og tilknyttet Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, nogle eksempler på, hvornår lovgivningen efter hans vurdering åbner mulighed for, at man lægger patienterne i bælte:

”I psykiatriloven er det nøje beskrevet, hvornår man må lægge folk i bælte på en psykiatrisk afdeling. Det må man, når en person er til fare for sig selv eller andre. Faren skal være umiddelbart synlig og overhængende. Det er ikke nok, at en person er truende, medmindre truslerne er meget direkte og tydeligt ubehagelige for

de andre patienter. Et eksempel kan være en patient, som flere gange siger til en anden patient, at han vil slå vedkommende ihjel eller skade ham på anden alvorlig vis. Skældsord retfærdiggør i de fleste situationer ikke en bæltefiksering.

Hvis en patient begår hærværk på afdelingen, og hærværket har et betydeligt omfang, er det også tilladt at fiksere den pågældende. Grænsen for, hvornår hærværk er alvorligt, er flydende, men et væltet glas er ikke nok, hvorimod en smadret rude eller et smadret tv har en sådan karakter, at de fleste vil finde det rimeligt at forhindre yderligere materiel skade” (s. 36-37).

Henrik Day Poulsen gør i bogen opmærksom på, at han har kendskab til kritikken af, at bæltefikseringen i nogle tilfælde har kunnet strække sig over flere dage og i sjældne tilfælde over flere uger. Han retfærdiggør imidlertid denne praksis med, at ”[d]er findes enkelte patienter, der er så farlige, at det kan være problematisk at løse dem ... disse patienter er så svære at håndtere, at man aldrig ved, om de vil bruge vold mod én, og der kan derfor være særdeles gode grunde til at bæltefikse dem i længere tid” (s. 37).

Særstillingen for patienter med psykisk sygdom

Eksemplerne ovenfor er interessante, fordi de illustrerer, i hvor høj grad behandlingen af indlagte patienter med psykisk sygdom kan afvige fra behandlingen af andre borgere. Hvis en patient på et almindeligt sygehus fx er meget truende og ubehagelig over for personalet eller andre patienter, kommer det ikke uden videre på tale at tilbageholde eller pacificere personen. I stedet kunne det overvejes at tilkalde politiet, som eventuelt ville anholde personen og efterfølgende foretage en sigtelse. En sådan sigtelse ville føre til en retssag, hvor skyldsspørgsmålet skulle afklares.

Heller ikke hvis en patient på det almindelige sygehus faktisk udøver vold mod andre patienter eller personalet, vil personalet være berettiget til at tilbageholde og pacificere personen i længere tid uden at involvere politiet og retsvæsenet. Om nødvendigt kan personalet blive nødsaget til at forsvare sig som nødværge, foretage en civil anholdelse af personen og tilbageholde ham eller hende. Men personalet ville kun være berettiget til at tilbageholde patienten, indtil politiet ankom til stedet og eventuelt foretog en politimæssig anholdelse med efterfølgende sigtelse, osv.⁷

Også i forbindelse med hærværk er indlagte patienter med psykisk sygdom anderledes stillet end borgere i andre sammenhænge. Ingen andre steder kan borgerne risikere at blive spændt fast eller på anden vis få deres frihed indskrænket i en længere periode uden en forudgående retssag for at forhindre (yderligere) hærværk. Og man kan endda diskutere, om hærværksforbrydere, der får en fængselsstraf, primært indespærres for at undgå yderligere hærværk. Ud fra de fleste opfattelser af retssystemet skal en eventuel fængselsstraf snarere begrundes med dens afskrækkende effekt eller med, at det er en retfærdig gengældelse, som afspejler retsfølelsen i samfundet.

At indlagte patienter med psykisk sygdom på de beskrevne måder behandles anderledes end borgere i andre og lignende situationer kan siges at være problematisk af flere

⁷ Se en kortfattet beskrivelse af reglerne om civil anholdelse her: <http://www.retssal.dk/?page=emne&id=841&indexid=461>

forskellige grunde. Tre af disse beskrives i det følgende under overskrifterne: Retssikkerhedsmæssige aspekter; Lægerollen og Tvang er ekstremt indgribende set fra patientens perspektiv.

Retssikkerhedsmæssige aspekter

Man kan argumentere for, at retssikkerheden for indlagte patienter med psykisk sygdom er dårligere end for andre borgere. Patienterne risikerer som nævnt at få deres frihed radikalt indskrænket i en længere periode alene for at *undgå* hærverk, trusler om vold eller egentlig vold. Frihedsindskrænkningen har altså i så fald udelukkende et forebyggende sigte og har ikke nogen sammenhæng med en faktisk begået forseelse. En sådan praksis anvendes ikke i andre sammenhænge, hvor en eventuel frihedsindskrænkning, fx i form af en fængselsstaf, *skyldes* en begået forseelse og altså ikke primært er af præventiv karakter. Desuden er der i dette tilfælde en meget klar sammenhæng mellem alvorligheden af forseelsen og varigheden af frihedsindskrænkningen. En patient med en psykisk sygdom kan således få sin frihed indskrænket i situationer, der ikke ville have ført til en frihedsindskrænkning i andre sammenhænge end på en psykiatrisk afdeling. Desuden er situationen for en patient med en psykisk sygdom alt i alt væsentligt mere ukontrollabel og uforudsigelig, end tilfældet er for patienter uden psykisk sygdom.

Et andet problem i forhold til retssikkerhed er, at den læge, der beslutter sig for at indskrænke friheden for en patient med en psykisk sygdom, som oftest er mindre uvildig end personerne i retsvæsenet. Lægen er nemlig typisk ansat i afdelingen og har derfor på forhånd en relation til patienten. Desuden baserer lægen ofte sin beslutning på en vurdering af, om patienten faktisk må formodes at ville udøve hærverk eller vold mod andre. Men det er forbundet med stor usikkerhed at foretage denne vurdering. I en artikel beskriver George Szukler, at der inden for distriktskykiatrien altid vil være stor overvægt af "falsk positive" formodninger om patienternes voldelige adfærd i fremtiden sammenlignet med antallet af rigtige vurderinger. Szukler anfører i forlængelse heraf, at: "Det er vigtigt at være opmærksom på denne usikkerhed ved forudsigelserne. Hvad er de sociale og moralske omkostninger af unødvendige restriktioner over for et stort antal patienter for at forhindre (sandsynligvis ineffektivt), at nogle få generes eller skades?"⁸

Szukler er opmærksom på, at det kan være sværere at forudsige voldelig adfærd på langt end på kort sigt, men han er ikke desto mindre kritisk også over for de kortsigtede forudsigelser: "Det er vanskeligt at vurdere, om sundhedspersonalet faktisk er bedre til at forudsige fare på meget kort sigt (dvs. inden for de næste par timer eller dage)".⁹ Man kan måske derfor sige, at den frihedsberøvelse, den psykiatriske læge foretager, i højere grad kan sammenlignes med en akut politimæssig indsats, hvor en aggressiv person fx lægges i håndjern, end med den praksis, der udøves i en retssal. Men i forbindelse med den politimæssige indsats er frihedsberøvelsen under normale omstændigheder både mindre radikal og af kortere varighed.

Problemet med retssikkerheden for patienter med psykisk sygdom afhjælpes i nogen grad af, at der skal foretages fornyet lægelig vurdering af fikseringen mindst fire gange i døgnet, ligesom en uafhængig speciallæge i psykiatri efter 48 timer skal foretage en vurdering af, om der fortsat er baggrund for en fiksering. Ikke desto mindre forekommer

⁸ George Szukler: "Ethics in community psychiatry", in *Psychiatric Ethics*, (Eds.: S. Bloch, P. Chodoff & S. A. Green) Third Edition, Oxford University Press 1999, p. 372. Rådets oversættelse.

⁹ Ibid. Rådets oversættelse.

frihedsberøvelsen væsentligt mindre regelstyret og dermed mere vilkårlig end i andre sammenhænge.

Endelig skal det for det tredje nævnes, at patienter med psykisk sygdom kan blive udsat for frihedsindskrænkninger som fx bæltefiksering, der er væsentligt mere indgribende og krænkende end de frihedsindskrænkninger, man anvender i andre sammenhænge. Også af den grund behandles gruppen på en måde, som afviger fra den behandling, borgerne i samfundet i al almindelighed udsættes for.

Lægerollen

Lige siden den græske læge Hippokrates for cirka 2400 år siden formulerede den Hippokratiske ed, der er et lægeløfte, har der været tradition for at opfatte lægens rolle i forhold til patienten sådan, at lægens fornemste opgave er ikke at skade den patient, han eller hun har i behandling. I eden hedder det blandt andet: "At jeg vil benytte den helbredende diæt til nytte for de syge efter magt og evne og beskytte dem mod enhver skade og uretfærdighed". En af pointerne med løftet er, at lægen i kontakten med patienterne alene skal have blikket rettet mod den enkelte patient og dennes interesser og altså i videst mulig udstrækning undlade at forholde sig til andre enkeltpersoners interesser eller til samfundsmæssige interesser. Henrik R. Wulff knytter denne måde at tænke på sammen med det såkaldte samaritanske princip, der ifølge Wulff er drivkraften bag alle sundhedsvæsenets aktiviteter.¹⁰ Han beskriver opfattelsen som personorienteret i den forstand, at lægen alene skal overveje konsekvenserne for sin patient her og nu. Når det drejer sig om det individuelle læge-patientforhold, er det, der skal tilstræbes, derfor alene at afhjælpe lidelse og forhindre død forårsaget af sygdom for *den enkelte* patient.

I vores moderne sundhedsvæsen kan den enkelte læge ikke undgå at komme i situationer, hvor han eller hun må tage stilling til, hvilken patient der skal bruges mest tid på. Ofte må lægen også forholde sig til, hvordan sundhedsvæsenets ressourcer helt overordnet skal prioriteres: Er det fx på sin plads at henvise netop denne patient til en røntgen, når der i forvejen er 14 dages ventetid på undersøgelsen, etc.? I forhold til det individualiserede og patientrettede perspektiv, Henrik Wulff beskriver, synes der imidlertid at være en principiel forskel på den rolle, lægen har på henholdsvis en somatisk og en psykiatrisk afdeling. På den somatiske afdeling kan lægen blive nødsaget til af prioriteringsmæssige årsager at lade være med at give patienten den behandling, der i princippet ville være den bedst mulige. Men lægen kan ikke desto mindre bestræbe sig på at give patienten den bedst mulige behandling inden for de rammer, der nu en gang er udstukket fra politisk niveau af blandt andet økonomiske årsager. Omvendt kan en læge på en psykiatrisk afdeling blive nødsaget til direkte at *forringe* patientens situation, hvis patienten fx lægges i bælte af hensyn til andre patienter eller for at undgå hærværk mod inventaret på afdelingen. Lægen kan med andre ord siges både at gå ind i en meget personliggjort afvejning af de involverede enkeltpersoners interesser og at skade patienten i forhold til den situation, patienten befandt sig i inden fastspændingen. At lægen kan blive nødsaget til at påtage sig denne rolle, vil formodentlig i nogle tilfælde have stor betydning for den relation,

¹⁰ Se Henrik R. Wulff (1995): *Den Samaritanske pligt – det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*; Munksgaard.

det er muligt at etablere mellem lægen og patienten med psykisk sygdom. Lægen på den psykiatriske afdeling har i højere grad end lægen på den somatiske afdeling en dobbeltrolle, som kan gøre det vanskeligere for patienten at have fuld tillid til ham eller hende. Af samme grund kan patienten med psykisk sygdom formodentlig føle sig endnu mere afhængig af og underlegen i forhold til lægen, end en patient på en somatisk afdeling.

Tvang er ekstremt indgribende set fra patientens perspektiv

I forlængelse af de beskrevne problemer angående retssikkerhedsmæssige aspekter og lægerollen skal det nævnes, at nogle af problemerne forstærkes af den tilstand, patienten med psykisk sygdom i forvejen befinder sig i. I en artikel argumenter Peter Stastny for, at dette aspekt ofte er udeladt i de undersøgelser, der er foretaget af virkningen af at anvende tvang:

”Hvis man ser på de undersøgelser, hvor der forskes i kort- og langtidsvirkningerne af at anvende tvang, er det tydeligt, at stort set ingen af dem forholder sig til sammenhængen mellem tvangsindgrebet og den følelsesmæssige tilstand, den person, der anvendes tvang overfor, er i. Denne undladelse er særlig væsentlig, hvis man antager, at en patient i en følelsesmæssig eller social krise er ekstra sårbar over for magtanvendelse.”¹¹

Senere i artiklen forsøger Stastny at demonstrere, hvordan anvendelsen af tvang må forventes at virke ind på personer, der for første gang oplever psykotiske symptomer:

”En person, der for første gang oplever ekstreme forandringer af sine perceptioner og sin tænkning, er ofte i en tilstand af rædsel, som umuliggør en forståelse af, hvorfor han eller hun tvangstilbageholdes eller tvangsmedicineres med bevidsthedsændrende medikamenter. Vrede og flugtforsøg kan være meningsfulde reaktioner, men de vil normalt føre til en optrapning af magtanvendelsen og forværre den følelsesmæssige lidelse. En anden reaktion kan være at underkaste sig det, der opleves som en straf for ens mentale og følelsesmæssige oplevelser. Begge reaktioner har sandsynligvis ødelæggende konsekvenser for det fremtidige forløb...”¹²

Stastny argumenterer for, at noget lignende kan siges også om gruppen af patienter med psykisk sygdom, der ikke oplever psykotiske symptomer for første gang, og generelt er pointen, at patienter med psykiske sygdomme i kraft af deres særdeles sårbare position i endnu højere grad end andre patienter har brug for at kunne have tillid til lægen og at være godt stillet i retssikkerhedsmæssig sammenhæng.

Til slut i dette kapitel skal det nævnes, at FN's handicapkonvention, som Danmark har ratificeret, gør det nødvendigt at diskutere, om den eksisterende danske lovgivning og praksis faktisk er diskriminerende over for personer med psykisk sygdom. Det er blandt andet artiklerne 14, 15 og 17 i konventionen, der kan udlægges på denne måde.¹³

11 Se Peter Stastny: *Involuntary Psychiatric Interventions: A Breach of the Hippocratic Oath?*; *Ethical Human Sciences and Services*, Vol. 2, No 1, 2000, p. 24.

12 *Ibid* p. 26.

13 For en nærmere beskrivelse af handicapkonventionen se teksten ”Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst”.



På sin hjemmeside skriver Institut for Menneskerettigheder følgende om artikel 14:

”Artikel 14 lader således til at skulle fortolkes sådan, at love, som giver adgang til frihedsberøvelse af personer med psykisk sygdom, sætter en lavere standard for, hvornår de må frihedsberøves end, hvis man havde generelle nødværge bestemmelser, som angik alle og ikke bare personer med psykisk sygdom. Der er tale om en ny udvikling inden for menneskeretten, at psykiatrilove som sådan skulle være diskriminerende. Denne opfattelse er således (endnu) ikke afspejlet i domme fra den Europæiske Menneskerettighedsdomstol eller i anbefalinger fra Europarådet. Men f.eks. i forhold til værgemål er Europarådet blevet betydeligt påvirket af FN’s Handicapkonvention, jf. [artikel 12](#).

Opfylder Danmark bestemmelsen?

Tvangsindlæggelser af psykisk syge

Som beskrevet ovenfor lægger artikel 14 op til, at love, som hjemler tvangsindlæggelser blandt andet under henvisning til psykisk sygdom at være i strid med Handicapkonventionen. Der er således behov for en reform af den danske psykiatrilovgivning for at bringe den i overensstemmelse med Handicapkonventionen.”¹⁴

Også artikel 15 og 17 kan ifølge Institut for Menneskerettigheder fortolkes sådan, at de kræver en ændring af lovgivning og/eller praksis i Danmark.¹⁵

¹⁴ Se Institut for Menneskerettigheders hjemmeside om konventionen: www.handicapkonvention.dk

¹⁵ Der henvises til Institutets hjemmeside om konventionen (www.handicapkonvention.dk) og til den norske rapport: Norges offentlige udredninger 2011:9 “Økt selvbestemmelse og retssikkerhet” for yderligere information.

Litteratur



Beauchamp Tom L. & James F. Childress (1994): *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, Oxford University Press.

Det Ethiske Råd (2005): *Det Ethiske Råds hørings svar fra den 14. januar 2010 vedrørende udkast til Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (tvungen opfølgning efter udskrivning)*.

Mill, John Stuart (1859): *On Liberty*, A Norton Critical Edition (ed. Davis Spitz), W.W. Norton & Company INC. 1975.

Norges offentlige udredninger 2011:9 ”Økt selvbestemmelse og retssikkerhet”.

Peele, Roger & Paul Chodoof (1999): ”The Ethics of Involuntary Hospitalization and Deinstitutionalization” Kap. 20 in *Psychiatric Ethics*, (Eds.: S. Bloch, P. Chodoff & S. A. Green), Third Edition, Oxford University Press.

Poulsen, Henrik Day (2005): *Tvang, kriminalitet og psykisk sygdom*, Psykiatrifondens Forlag.

Ruyter, K.W & A.J. Vetlesen (red.) (2001): *Omsorgens tvetydighed – egenart, historie og praksis*, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sjöstrand, Manne & G. E. R. T. Helgesson (2008): ”Coercive treatment and autonomy in Psychiatry”, *Bioethics*, 2008 Feb;22(2):113-20.

Statsny ; Peter (2000): ”Involuntary Psychiatric Interventions: A Breach of the Hippocratic Oath?”; *Ethical Human Sciences and Services*, Vol. 2, No 1, 2000, p. 21-41.

Szmukler; George (1999): ”Ethics in community psychiatry”, in *Psychiatric Ethics*, (Eds.: S. Bloch, P. Chodoff & S. A. Green) Third Edition, Oxford University Press.

Wulff, Henrik R (1995): *Den Samaritanske pligt – det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*; Munksgaard.

DET ETISKE RÅD
Rentemestervej 8
2400 København NV
Tel: +45 7221 6860
www.etiskraad.dk

Psykatri og tvang i en etisk kontekst
Magt og afmagt i psykiatrien

© Det Etske Råd 2012

ISBN: 978-87-91112-29-4

Udgivet af Det Etske Råd 2012

Illustrationer: Peter Waldorph

Fotos: iStockphoto, Colourbox

Publikationen kan downloades på Det Etske Råds webside www.etiskraad.dk