
Behandling under tvang?

GUNHILD VESTERHUS STRAND & BØRGE HEDE

Fremveksten av en rettstat på 1800-tallet gjorde at tiden med enevelde gikk mot slutten og prinsippet om å forhindre vilkårlige inngrep fra den utøvende makt vokste seg sterkere. I dag er det selvsagt at inngrep i den enkeltes frihet, eiendom, verdighet og selvbestemmelse bare kan skje med hjemmel i lov eller i medhold av lov.

Forholdet mellom behandler og pasient har tradisjonelt vært preget av et paternalistisk syn. Legen var den gode far som tok avgjørelser både i forhold til spørsmålet om en fikk behandling og *hvilken* behandling som skulle gis. På samme måte kan en hevde at en slik paternalistisk tankegang preget fremveksten av velferdsstaten. Samfunnet skulle bygges på humanitet og likeverd, og staten skulle påta seg ansvaret for borgernes velferd. Med økende velstand har dette resultert i en omfattende utbygging av helsetilbudet i vår del av verden – der alle har rettslig krav på et minimum av helsehjelp fra myndighetene. Paternalisme blir i nyere helseforskning definert som den *overstyring* helsepersonell, ut i fra en holdning av velvilje, gjør overfor pasienten (1).

Ved innføring av FN's Verdenserklæring om Menneskerettigheter i 1948 og Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen i 1950, skjer det imidlertid et langsomt oppgjør med paternalismen og en understrekning av pasientens autonomi. Pasientautonomi er motsatt til paternalismen og betyr at pasientene selv antas å vite hva deres beste er. Pasientens rett til å bestemme over

seg selv, sin kropp og andre private spørsmål baserer seg altså på helt grunnleggende allmennmenneskelige verdier. I de nordiske landene er utgangspunktet for all medisinsk behandling at det er pasienten selv som bestemmer om han eller hun vil ha behandling eller ikke – fordi bare pasienten har forutsetninger for å kunne ta avgjørelser som dreier seg om hans eller hennes liv, og vurdere hva som er det beste ut fra egne verdivurderinger og prioriteringer. Bestemmelser om informasjonsplikt, plikt til å innhente samtykke, plikt til å rådføre seg med pasienten, pasientens rett til å motsette seg behandling – er alle uttrykk for et ønske om å ivareta pasientens autonomi.

På den annen side er helsearbeidernes lovverk utformet slik at helsearbeideren har en plikt til å yte helsehjelp på en faglig og forsvarlig måte. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. Lovgivningen har som mål å ivareta pasientens interesser ved å stille krav til helsepersonellens profesjonsutøvelse.

Vedrørende det store flertall av befolkningen er det uproblematisk å forvalte disse prinsippene i forbindelse med undersøkelse, forebygging og behandling. Men ved behandling av et mindretall av borgerne opplever helsearbeidere et stadig dilemma mellom autonomi og paternalisme. Dette dreier seg primært om sinnslidende, demente, mindre barn og utviklingshemmete – som alle karakteriseres ved å ha en begrenset handlings- og beslutningskompetanse. Å yte helsehjelp som en pasient motsetter seg, er uten tvil et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett. Men hva med dem som åpenbart ikke har de forutsetninger som kreves for å vurdere hva som er deres eget beste? Her må helsearbeideren foreta et valg: Enten unnlate å gi helsehjelp til mennesker som har et stort behov for dette – eller å gripe inn mot pasientens vilje ved tvang. Det kan f.eks. dreie seg om demente som verken vil ha hjelp eller bruke gåstol tross flere fall – eller en psykotisk pasient som tror seg forgiftet og drikker store mengder med vann eller dunker hodet gjentatte ganger i veggen for å dempe stemmen i hodet.

Det er imidlertid ikke bare tale om dilemmaer knyttet til helsepersonalets plikter, men også om dilemmaer vedrørende helt fundamentale menneskerettigheter, fordi verdighet og bevarelse av liv og helbred også står sentralt i menneskerettighetene – rettigheter som man forbryter seg mot ved et ensidig forsvar for autonomien hos medmennesker med svekkete evner.

Det *etiske* dilemmaet vil således være om staten skal kunne frata individet dets rett til selvbestemmelse og dermed dets vern mot inngrep, når alternativet er å unnlate å gi hjelp eller omsorg til noen som åpenbart trenger det – for at bevare verdighet, liv og helbred. Det *rettslige* spørsmål i denne konflikten er på hvilket grunnlag og i hvilken utstrekning det offentlige skal kunne gripe inn i individets rett til selvbestemmelse. For dersom noen gis makt til ved tvang å bestemme hva som er pasientens beste, vil pasienten være særlig utsatt for overgrep gjennom maktmisbruk (2,3).

Manglende samtykkekompetanse

Med “samtykkekompetanse” menes her “tjenestemottakerens kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp” (4). Manglende forståelse kan skyldes fysiske eller psykiske forstyrrelser eller psykisk utviklingshemning. For eksempel vil en psykotisk tilstand være kjennetegnet ved en forstyrrelse av tenkning, persepsjon og reaksjon ved affekt. Pasienten har et alvorlig avvik i sin virkelighetsoppfatning. Personer med senil demens vil som oftest miste både *evnen* til å ta vare på seg selv og *innsikten* i behovet for hjelp.

Vurdering av samtykkekompetanse kan være vanskelig, men baseres oftest på pasientens (4):

- evne til å treffe/uttrykke et valg
- evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evne til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon
- evne til å resonnerer ved hjelp av relevant informasjon, for å vurdere de ulike behandlingsoveralternativene.

Hvorvidt pasienten er samtykkekompetent må vurderes konkret i forhold til hvert enkelt inngrep, og vil bero på tiltakets art og pasientens mentale tilstand. Problemer kan oppstå når tjenestemottakeren kan ha samtykkekompetanse i *noen* situasjoner, men ikke i andre. For noen tjenestemottakere kan samtykkekompetansen variere fra dag til dag, og til ulike tider av døgnet, avhengig av dagsform og hvor sliten man er. Er man i tvil om pasienten forstår hva samtykket innebærer, gjelder hovedregelen om at pasienten skal anses å ha samtykkekompetanse.

Samtykkekompetanse er en av tre sentrale forutsetninger som må være oppfylt for at en persons handling kan sies å være autonom – i tillegg til tilstrekkelig informasjon og frivillighet. Dette betyr at hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, så mangler en viktig forutsetning for å kunne foreta reelle valg (4).

De fleste land har lovverk som regulerer slike situasjoner, men bestemmelsene varierer, også innad i Norden. I den danske sundhedslovgivning (5) er det for eksempel mulig for en nær slektning eller en annen nærstående person å gi et såkalt stedfortredende samtykke. Man skal imidlertid være oppmerksom på at et stedfortredende samtykke ikke legitimerer behandling med tvang, fordi det juridisk skilles mellom autonomi og personlig integritet. Autonomi kan ses som evnen og retten til å inngå avtaler på egen hånd, mens den fysiske integritet kan forstås som respekten for at man som person forblir hel og uskadet. Integriteten vedrører beskyttelse av personens “egen kropp” – at den ikke blir utsatt for uønskete inngrep og overgrep. Autonomi kan således delegeres til pårørende, verge eller andre, mens integriteten er noe i personen iboende og kan som sådan ikke delegeres. Når det gjelder mindreårige, har de fleste land bestemmelser om at det er foreldrene som samtykker så lenge barnet er under den helserettslige myndighetsalder (oftest 15 eller 16 år).

Begrepet tvang

Begrepet tvang omfatter hovedsakelig tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand – for eksempel å holde armer og ben for å få satt en sprøyte. Men tiltakene kan være mer diffuse og ikke nødvendigvis oppfattes som typiske tvangstiltak. Et eksempel kan være å røre legemiddel ut i syltetøy eller knuse tabletter fordi personalet vet at tjenestemottaker vil motsette seg å ta piller. Bruk av sengehest eller tilbakeholdelse ved hjelp av låste dører for å forhindre skade, er i prinsippet også tvangsbruk. Et annet eksempel er å gi narkose som pasienten ikke motsetter seg, for å gjennomføre nødvendig tannbehandling. Forskning viser at de vanligste tvangstiltakene kan kategoriseres til følgende grupper (4): Fysisk tvangsbruk, elektronisk overvåking, tvangsbruk ved gjennomføring av medisinsk undersøkelse/behandling eller tvang ved gjennomføring av ADL (activities of daily living).

Tillitskapende tiltak (behavioral management)

Tillitskapende tiltak innebærer forsøk på å gjennomføre helsehjelp uten motstand fra tjenestemottakeren, slik at man unngår tvang der det er mulig, ved heller å forsøke andre løsninger. Begrepet forutsetter at det skal legges vekt på å bygge opp tillit for å få tjenestemottakeren til å gi opp motstand. Eksempelvis at en bruker tid på å forklare og veilede en person som skal gjennom en medisinsk undersøkelse der det forventes motstand. Eventuelt gi en person tid til å bli trygg i situasjonen, for eksempel ved sårstell eller i en tannlegestol. Kjennskap til tjenestemottakeren kan være avgjørende for å gi helsehjelp uten å bruke tvang, fordi tjenestemottakeren ofte vil være mer komfortabel med, og ha større tillit til, personer de kjenner (6). Tillitskapende tiltak forutsetter både økonomiske og personlige ressurser.

Vold er en form for kommunikasjon og gjerne en konsekvens

av et makt- eller avmaktsforhold. Helsearbeideren har makt over pasienten i form av sin kunnskap, kompetanse og fordeling av omsorg og oppmerksomhet. Pasienter kan føle seg i en avmaktsposisjon. For enkelte personer er vold et middel til å motvirke denne avmakten. Ekstra sårbar kan samhandlingen bli når tjenestemottakeren ikke kan formidle egne erfaringer og eventuelt klage på forhold de er misfornøyd med. Helsepersonell må være kritisk og reflektert i forhold til sin egen maktposisjon. Det kan ofte være både en faglig og en etisk utfordring for helsepersonell å tilrettelegge helsehjelpen slik at respekten for pasientens integritet og verdighet ivaretas.

Konsekvenser av manglende munnstell

Redusert helsetilstand og mangelfull egenomsorg øker risikoen for munnhuleinfeksjoner. God munnhelse er viktig for ernæring, velvære og sosialt samvær. God munnhelse har også betydning for den generelle helsen – spesielt for dem som er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. For dem kan dårlig munnhygiene være livstruende. Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene eller spres via blodbanen. Dette kan i neste omgang gi opphav til systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose. Infeksjoner i munnhulen kan også få andre helsemessige konsekvenser, for eksempel kan smerter ved å spise avstedkomme spisevegring eller -nekt.

I mange tilfeller vil det ikke være mulig å gjennomføre en vanlig tannbehandling. Å ta vare på tennene for disse pasientene er spesielt viktig, fordi tilvenning til bruk av proteser ofte er umulig. For å hindre en slik utvikling, er det derfor absolutt nødvendig at bakteriebelegg og matrester fjernes regelmessig fra tenner og slimhinner (7-9).

Nyere helselovgivning

I prinsippet skal helsehjelp være basert på frivillighet, medvirkning og samtykke. Men det er en økende anerkjennelse av at omsorgsarbeidere daglig står overfor utfordrende og vanskelige situasjoner hvor bruk av tvang kan være nødvendig, for å sikre forsvarlig hjelp. Synet på tvangshjemler har derfor gradvis endret seg, og man har i enkelte land kommet til en erkjennelse av at vanskelige etiske beslutninger kan lettes ved å gi hjemmel for tvungen omsorg. Undersøkelser har dessuten vist relativt omfattende bruk av tvang uten hjemmel i regelverk. Tvangsbruk overfor for eksempel aldersdemente har vært utilstrekkelig rettslig regulert, og faren for ukultur når det gjelder overgrep har vært stor (10). I Norge er det derfor nylig innført lovbestemmelser om tvungen helsehjelp i pleie og omsorg for dem uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp (4). I motsetning til bestemmelsene i mange andre land, er det helsepersonell som har ansvar for å avgjøre om helsehjelpen er i pasientens interesse. Formålet med dette er å redusere bruken av tvang og forbedre rettsikkerheten for tjenestemottaker. Det er imidlertid klare, nødvendige forutsetninger for å gjennomføre tvungen helsehjelp (4):

- Unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade.
- Den påtenkte hjelp skal med meget stor sannsynlighet gi den tilsiktede effekt.
- Tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp.
- Det foreligger informasjon fra nærstående slektning.
- Det handles etter “minste middels prinsipp”, i.e. det skal ikke gjøres større inngrep i en persons rettsstilling enn det som er nødvendig ut fra vedkommendes situasjon og behov.
- Inngrepet skal dokumenteres.
- Personalet skal ha den nødvendige kompetanse for å gjennomføre helsehjelp med tvang.

Selv om de tre første vilkårene er oppfylt, må en vurdere om det å bruke tvang i en slik situasjon er formålstjenlig og den beste løs-

ningen for tjenestemottakeren. Blant annet må en vurdere grad av motstand og om det er mulighet for at tjenestemottakeren senere kan gi et eventuelt samtykke. Man må også vurdere den empiri som ligger til grunn for intervensjonen. Dersom man beslutter å “krenke” et medmenneskes grunnleggende rettigheter omkring selvbestemmelse – med henvisning til at man dermed beskytter dets rett til verdighet, liv og helbred – bør det foreligge overbevisende vitenskapelig evidens for at den påtenkte intervensjon har den forventede effekt.

Det norske lovverket (4) er klar på at inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett og personlige integritet aldri skal skje kun ut fra ressursmessige hensyn. Beslutning om og registrering av tvang skal være skriftlig. Rutinemessig bruk av tvangstiltak må avgrenses i tid og sikres regelmessige revurderinger. Før bruk av tvang overhodet kan vurderes, er det et vilkår at pasientens motstand er forsøkt dempet gjennom tillitskapende tiltak. Det helsepersonell som skal fatte vedtak om å gi tvungen helsehjelp til tjenestemottakere uten samtykkekompetanse, må dokumentere at de har vurdert samtykkekompetansen. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket dersom vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Tvangstiltak kan altså kun finne sted når det etter en konkret helhetsvurdering fremstår som den klart beste løsningen for vedkommende.

Diskusjon

I de siste årene har det skjedd store endringer, fra paternalisme til pasientautonomi som fremherskende medisinsketisk og rettslig norm. Pasientautonomi og informert samtykke er blitt vektlagt i økende grad i klinisk praksis, profesjonsetikk og helselovgivning. Jurister har vært skeptisk til å legitimere bruk av tvang og det har derfor vært stor motstand mot å gi hjemler for inngrep i den

personlige integritet (2,3). Enkelte land har imidlertid innført et lovverk som tillater bruk av tvang for personer uten samtykkekompetanse som står i fare for å få en vesentlig forverring av sin helsetilstand (4). Men det er åpenbart at det må være rettslige begrensninger både mht. *når* inngrep kan skje, *hvilke* inngrep som kan foretas og *kontroll* av om inngrepet virkelig er til vedkommendes beste. Regler alene kan ikke sikre pasientens rettsikkerhet. Dersom ingen følger opp og kontrollerer om forvaltningen faktisk overholder reglene, vil rettssikkerheten svekkes. Helsebegrepet må i tillegg avgrenses mot medisinsk forskning.

Inngrep i individets selvbestemmelsesrett kan være nødvendig for å ivareta humanitære hensyn, men dette vil ikke nødvendigvis innebære at en viser mindre respekt for mennesket. Å gi et minimum av stell, pleie og omsorg kan være en måte å vise respekt for menneskets verdighet, selv om det er direkte i strid med dets rett til selvbestemmelse. For å ivareta menneskets verdighet må en kanskje ikke bare vise respekt for det enkelte individs selvbestemmelsesrett, men også respektere sentrale individuelle behov. Man vet at det i mange land forekommer tvangsbruk i helsevesenet uten at det foreligger noe krav om eller plikt til å fatte vedtak om dette (10). Kan man uten videre akseptere en slik situasjon? Ved å øke tjenesteytnerens bevissthet omkring fremgangsmåter for *når* og *hvordan* tvangsvedtak skal fattes, vil det forhåpentligvis innarbeides rutiner for alternative tiltak. Dette kan i sin tur medvirke til å redusere bruken av tvang.

Det er lett å tenke seg at paternalisme er det samme som å ta friheten fra pasienten. Men er det virkelig slik? Hvilken frihet har en pasient som er psykotisk? Hvis en kan si om *frihet* at det innebærer mulighet for en viljemessig handling ut fra sin personlige egenart, da er vel den som er i psykotisk kaos, *ufri*?

Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Helsearbeideren vil ofte gå inn og kompensere for pasientens helt eller delvis sviktende egenomsorg. Dette gjøres ved at man overtar styringen og handler på vegne av pasienten hva gjelder behov

som pasienten har. Dette gjøres ikke bare med tanke på helsen, men kanskje også med tanke på at helsearbeideren vil beskytte pasienten fra å blamere seg selv overfor andre. Vil det være riktigere å ønske å gjøre det beste for pasienten, men ikke utføre det fordi man er redd for å krenke vedkommende? Eller unngå å gripe inn, fordi man *selv* ønsker å slippe det ubehaget som en slik handling vil kunne føre med seg? En god situasjonsforståelse er en forutsetning for å kunne finne det rette balansepunktet mellom formynderi og unnlåtelsessynder.

Det vesentlige spørsmålet vil være: Når vil egentlig behovet for omsorg bli så stort at unnlåtelse av å yte den kan resultere i “vesentlig skade”? I tannhelsetjenesten er dette heldigvis relativt enkelt å måle, fordi forringelsen kommer synlig og raskt. Det er ikke uvanlig at pasienter motsetter seg denne formen for nødvendig helsehjelp fordi tannpleiesituasjonen oppleves som ubehagelige og fordi de ikke forstår forklaringer om mulige følger dersom man ikke ivaretar munnstellet. Dersom tannlegens kliniske undersøkelse avdekker en historie med jevnlig vedlikehold for å bevare en god tannhelse, vil en deduktivt kunne forutsette at pasienten ville ha ønsket å fortsette med sine tannhelsevaner dersom hans eller hennes øvrige helse var bevart. En beroligende medisinerings vil i slike tilfeller fremstå som mindre inngripende enn bevegelseshindrende tiltak.

Konklusjon

Bortsett fra en del reguleringer om øyeblikkelig hjelp og nødrettssituasjoner, har pasienten i vår del av verden full bestemmelsesrett over egen helse og kan nekte å motta helsehjelp. Det pågår imidlertid en internasjonal debatt om i hvilken grad og på hvilke vilkår det skal være anledning til å bruke tvang for å ivareta helseformål for personer med varig og sterkt svekkede evner. Det primære i denne diskusjonen er om en rettslig regulering innebærer en legitimering eller en begrensning av tvangsbruk.

Diskusjon omkring respekt for menneskeverdet og uenighet om hvor grensen går mellom hjelp og krenkelse, er årsaken til en betydelig variasjon landene imellom når det gjelder adgangen til å anvende tvang. Det synes imidlertid å være en gryende enighet om at tvang alltid er et onde – men at det av og til kan være det minste av flere onder.

LITTERATUR

1. Rossel P. Hvorledes begreber og prinsipper kan forhekse forstanden. *Månedsskr Prak lægegern* 1997;75:1419-27.
2. Ravitsky V, Wendler D. Dissolving the dilemma over forced treatment. *Lancet* 2005;365:1525-6.
3. Nordhus IH, Skjerve A, Aasen HS. Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse – utfordringer ved behandling og forskning. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter* 2006;24:362-72.
4. Helsedirektoratet. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Oslo, Helsedirektoratet: Rundskriv IS-10/2008 ang. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. www.Helsedirektoratet.no
5. Sundhedsloven. Lovbekendtgørelse nr. 95 af 07/02/2008. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455
6. Hyldmo I, Nordhus IH, Hafstad R, Marte Meo. En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidskr Norsk Psykologforen* 2004; 41:16-20.
7. Holmstrup P, Rossel P. Tandlægeetik i år 2000 – og fremover. Holmstrup P (ed): *Odontologi 2000*. Munksgaard: København, 2000;23-38.
8. Holmstrup P. Er der etiske problemer i tandlægens hverdag? *Tandlægebladet* 1997;101:400-10.
9. Reit C, Tveit AB, Holmstrup P. Tandvårdens etiske dilemma. *Tandläkartidningen* 2008;100:68-74.
10. Kirkevold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005;125:1346-8.

