

ETISKE UTFORDRINGER I MØTE MED SELVSKADING



PROSEJKTOPPGAVE MEDISIN 2011

Medisinsk Etikk

Ida Marie Ringerud

Totalt antall sider: 30

Sideantall oppgave: 23

Veileder: Marit H. Hem

Innhold

Abstract _____	s 4
1.0: Forord _____	s 5
2.0: Innledning – problemstilling og metode _____	s 5
3.0: Hva er selvskading? _____	s 6
3.1: Hva vet vi om selvskading? _____	s 6
3.1.1: Forekomst og metode _____	s 6
3.1.2: Hvem selvskader? _____	s 7
3.1.3: Sammenheng med suicidalitet _____	s 7
3.1.4: Risikofaktorer og årsaksforhold for selvskading _____	s 7
3.1.5: Selvskadingens funksjon _____	s 8
3.1.6: Behandlingsstrategier _____	s 10
4.0: Hvilke etiske og juridiske utfordringer føringer finnes? _____	s 11
4.1: Juridiske forhold _____	s 12
4.1.1: Helsepersonelloven _____	s 12
4.1.2: Pasientrettighetsloven _____	s 12
4.1.3: Psykisk helsevernloven _____	s 13
4.2: Etiske forhold _____	s 13
4.2.1: Etiske regler for leger _____	s 13
4.2.2: Genèveerklæringen og Hippokrates' legeed _____	s 14
4.2.3: Fireprinsippetikken og Prima facie – normer _____	s 14
5.0: Hvilke etiske og juridiske utfordringer fins i møte med selvskading? _____	s 15
5.1: Juridiske utfordringer _____	s 15

5.1.1: Helsepersonelloven og en plikt til å behandle _____	s 15
5.1.2: Pasientrettighetsloven og retten til å nekte behandling _____	s 16
5.2: Etiske utfordringer _____	s 17
5.2.1: Hva er det etiske problemet? _____	s 17
5.2.2: Hva er medisinske fakta og andre fakta? _____	s 17
5.2.3: Hvem er berørte parter? _____	s 19
5.2.4: Hva er relevante verdier, prinsipp, dyder og lover? _____	s 19
5.2.5: Hvilke handlingsalternativer fins? _____	s 19
5.2.6: Komme frem til en løsning _____	s 19
5.2.6.1: La pasienten selvsykdom? _____	s 19
5.2.6.2: La pasienten selvsykdom frem til en bestemt grense? _____	s 21
5.2.6.3: Pasienten får ikke selvsykdom, og stoppes med tvang? _____	s 24
5.2.7: Oppsummering _____	s 26
6.0: Konklusjon _____	s 27
Kilder og litteratur _____	s 28

Abstract

Background: Deliberate self-injury is a common symptom in many youths, and it can be difficult to know how to treat it and react to it for the health personnel that are set to care for the patients. I wanted to find out what is known about deliberate self-injury in Norway, and discuss the legal and ethical aspects in different treatment options.

Material and Methods: To get an overview on Norwegian conditions, I have read and studied various articles and books produced by leading clinicians and researchers, and searched in PubMed on treatment options. To learn more about ethical principles I have studied the recommended curriculum of Medical Ethics at UiO. I have used the relevant Norwegian health laws to illuminate the legal aspects.

Results: Deliberate self-injury is found to occur in 10 % of Norwegian 15 and 16 year olds. It is usually not an expression of suicidality, but suicide risk is increased among self-injurers. Self-injury is a coping strategy to deal with difficult emotions, and is mostly kept secret. There is disagreement when it comes to treatment strategies, and there are no guidelines. Legally the conditions on autonomy, obligations of providing necessary health care and use of coercive means are not clear. Ethically there are important principles that are violated in all treatment options.

Interpretation: When treatment is to be chosen, important ethical principles must be balanced against each other. The best ethical option violates fewest principles and causes least harm, all conditions considered. The principle of autonomy can often be in conflict with the obligation of saving lives.

1.0: Forord

I flere år har jeg jobbet i psykiatrien, både på åpen og lukket akuttpost, og en langtids sikkerhetspost. Jeg har vært skjermingsvakt, personal på kontinuerlig observasjon, vært med på romransaker, utagering, holding, beltelegging og inntakssamtaler. Noe av det som skjer i en inntakssamtale, er spørsmål rundt selvskading, vanligvis: ”Har du noen gang skadet deg med vilje? Har du tenkt å skade deg i avdelingen? Har du tatt med deg noe å skade deg med?”. Pasientene ble nektet å skade seg under opphold på sykehuset. Likevel forekom groteske episoder med selvskading. En kveld jeg var på vakt, skadet en pasient seg stygt. Med nålen på ei beltespenne hakkete hun seg til blods i den venstre armen, til sammen seks lange og dype kutt. Hele rommet var innsauset i blod og så ut som et slakterhus. Hun måtte sy 30 sting, og smilte og lo under hele seansen mens jeg, en uerfaren 20-åring, livredd og sjokkert tørket opp blod etter beste evne mens jeg forsøkte så godt jeg kunne å kontrollere egen brekningsrefleks og virke uberørt. Jeg kommer aldri til å glemme lukten.

Oppgaveperioden har vært en lang prosess, hvor tankeprosessen har gått over år og skriveprosessen har gått over uker. En stor takk til Trond Markestad, leder for Legeforeningens etiske komité, for nyttige innspill, samt Jan Terje Omdal, fagleder for TMA ved Stavanger Universitetssykehus, for en nyttig innføring i en ny måte å tenke rundt temaet selvskading på. Tusen takk til min gode venninne og kollega Elisabeth Wang Areklett for nyttige innspill, optimisme og fantastisk middagsmat i innspurten. Og takk til Are og lille mini selvsagt, nå får dere kone og mor tilbake! ☺

2.0: Innledning – problemstilling og metode

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på et nokså smalt tema: Etikk omkring selvskading. Jeg har siden lest mye om selvskading, og spurt mange kollegaer med spesialisering i psykiatri om fenomenet. Tidligere var det vanlig praksis å nekte pasientene å skade seg, men i løpet av de siste årene kan det synes som om det har skjedd en holdningsendring hos helsepersonell som arbeider med pasienter som selvskader. Enkle løsninger som å forby all selvskading er veldig lett å forholde seg til for helsepersonell, men også mest sannsynlig en utopisk løsning. En oppmyking i retning mot å tillate selvskading er derimot noe som vekker betydelige etiske utfordringer. Kan man sitte og se på at en pasient selvskader uten å gripe inn? Har man lov til det? Hovedproblemstillingen jeg forsøker å besvare i oppgaven, dermed: ***Hvordan kan man som helsepersonell handle på en etisk forsvarlig måte i forhold til selvskading?*** Underproblemstillinger jeg forsøker å besvare underveis for å komme til målet

med hovedproblemstillingen, blir som følger: *Hva er selvskading – hva, hvem, hvorfor – og hva vet vi om behandling? Hvilke etiske og juridiske utfordringer og føringer finnes, og hvilke motsetninger kan identifiseres? Hvilke handlingsalternativer finnes, og hvordan står de i forhold til juss og etikk? Er det riktig å tvangsbehandle selvskadere?*

I oppgaven vil jeg derfor redegjøre for hva selvskading er, hva aktuelle lover pålegger og forbyr, samt se på de viktigste etiske vurderingene man må gjøre seg når man skal si noe om selvskading og drøfte ulike handlingsalternativ på bakgrunn av dette. Litteraturen jeg har funnet frem til, er stort sett på bakgrunn av anbefalinger fra klinikere og eksperter på etikk, samt anbefalt pensum i medisinsk etikk og psykiatri. Jeg har videre lagt stor vekt på en omfattende artikkelserie om selvskading i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening fra 2009, og gått igjennom kilde- og referanselistene for disse artiklene. Artiklene ble skjønnsmessig utvalgt etter relevans. For å se nærmere på behandling, søkte jeg i PubMed og Cochrane med søkeordene Therapy Review Self harm. Det var svært få relevante treff, da det tydeligvis er utført få gode kontrollerte studier. I Cochrane fant jeg en god systematisk oversikt over 23 kliniske forsøk som jeg har valgt å bruke utover den norske boken om selvskading fra 2008. Studien konkluderte med at det er behov for flere forsøk for å si noe sikkert om den beste behandlingsformen for selvskading, noe også boken konkluderer med.

3.0: Hva er selvskading?

Selvskading, selvmutilering, villet egenskade, parasuicid – kjært barn har mange navn. *Villet egenskade* er uttrykket som dekker alle former, og klassifiseres under kodene X60-X84 i ICD-10. Imidlertid er det mange ulike typer av selvskadingsklassifisering. Det er vanlig å skille mellom villet egenskade med og uten suicidal intensjon. Det er den siste formen for villet egenskade jeg vil ta for meg og referere til som selvskading. En mye brukt definisjon er Thorsens:

”Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt.” (1 p 5)

Definisjonen får med seg hovedessensen i det som kalles selvskading; det er ikke snakk om et selvmordsforsøk, og intensjonen bak handlingen er å lindre indre lidelse. Selvskading er dermed et symptom, ikke en sykdom.

3.1: Hva vet vi om selvskading?

3.1.1: Forekomst og metode

Studier indikerer at selvskading er et fenomen som øker i forekomst, selv om testparametrene varierer noe og mørketallene er antatt store. Fra Storbritannia finnes tall på at 6,9 % totalt av studiedeltakerne (ungdom 15-16 år) hadde skadet seg i løpet av det siste året, korrigert hadde 11,2 % av jentene og 3,2 % av guttene skadet seg i løpet av siste året (2). Fra Norge har vi tall fra Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE- studien), som målte livstidsprevalensen og fant at denne var 10,7 %. 6,6 % av de spurte hadde skadet seg i løpet av det siste året. Her var det ikke inndelt etter kjønn. CASE- studien tydet på at tallene varierte lite mellom de sju landene som var med i undersøkelsen (3). Av de som selvrapporterte selvskading, svarte kun 18,8 % at de hadde mottatt hjelp fra helsevesenet etter selvskadingen, og at de generelt ikke oppsøkte helsevesenet på eget initiativ, men ble sendt av voksne. De aller fleste hadde likevel fortalt om det til venninner og funnet støtte og hjelp fra nettverket av jevnaldrende. De hyppigst forekommende metodene for selvskading er stabile over tid og over landegrensene. 62,6 % av selvskaderne hadde kuttet seg, 29,9 % hadde tatt en overdose, 4,6 % hadde både kuttet seg og tatt overdose. Andre metoder som var relativt lite forekommende var blant annet rusmisbruk, å påføre seg smerte (slå seg selv, hopping, henging, brenning, kvelning, sulting), og svelging av ikke-fordøyelige substanser og objekter. (4).

3.1.2: Hvem selvskader?

Studiene tyder altså på at "den typiske selvskaderen" er en ung kvinne som kutter seg gjentatte ganger. Det er økt komorbiditet mellom selvskading og personlighetsforstyrrelser (dissosiativ og emosjonelt ustabil spesielt), andre psykiske lidelser (spiseforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse), suicidalitet og rusmisbruk (2). Faktisk har studier vist at rundt halvparten av de som selvskader har en personlighetsforstyrrelse (5), samtidig som rutine- og tvangspregede selvskading er et av diagnosekriteriene for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline - type med ICD-10- kode F60.31 (6). Men selvskading kan også oppstå isolert fra andre psykiske lidelser. Da er den som regel av mindre alvorlig grad, er mindre preget av ritualer og kan synes som ungdommelig "utprøving" (2).

3.1.3: Sammenheng med suicidalitet

Ut fra definisjonen er selvskading per definisjon utført uten suicidale intensjoner. Likevel er det korrelasjon mellom selvskading og suicid, idet selvskadere har forhøyet risiko for suicid og død av andre årsaker, og at de som begår suicid oftere har en forhistorie med selvskading (7). Risikoen for suicid er 66 ganger forhøyet i forhold til normalbefolkningen det første året etter en selvskadingsepisode, og selvskading er den sterkeste risikofaktoren for fremtidig suicid (1). Selvskading sier dermed noe om en økt suicidertendens, selv om hver enkeltstående selvskadingsepisode ikke er et uttrykk for suicidalitet. Årsaken til den økte suicidalitetsfaren kan være flere – det kan dreie seg om stadig progredierende selvskading som kommer ut av kontroll og blir farligere etter hvert (8), en økende følelse av håpløshet som etter hvert blir altomgripende, og komorbid depresjon som i seg selv øker suicidrisikoen betraktelig (1).

3.1.4: Risikofaktorer og årsaksforhold for selvskading

Det er bred enighet om hva som disponerer for selvskading i litteraturen jeg har funnet. Hovedrisikoen for selvskading av repetitiv og ritualisert karakter tyder på å være emosjonell dysregulering (1- 3, 5, 7, 8, 10). I det ligger vansker med å gjenkjenne og takle ubehagelige følelser, og årsakene til dette er ofte uheldige, skadelige og/eller traumatiske barndomsopplevelser knyttet til familien. Det kan dreie seg om fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon av omsorgsgiver, relasjoner med uheldig affektiv kvalitet, individuelle risikofaktorer, medfødt sårbarhet for emosjonell dysregulering, trakassering, mobbing, rasisme, å bli møtt med ekstreme krav, samt interaksjonen av alle de overnevnte (1, 2, 7). Overgrep og traumer kan også føre til selvskading via posttraumatiske stresslidelser, da som en gjenskapning av traumet. Dette kan føles som trøst og beroligelse der og da, men fører til at pasienten på nytt traumatiseres (1). Biologiske sammenhenger er også studert, og fysiologiske hypoteser om neurotransmittorvirkninger er fremsatt. Serotoninhypotesen handler om en økt aggresjonstendens ved lave serotoninnivåer. Serotoninnivåer er også anerkjent som en viktig faktor i psykiske lidelser. Avhengighetshypotesen handler om en progredierende assosiering mellom selvskading og behag grunnet den høye enkefalinutskillelsen som følger den smertefulle påvirkningen (2). Dette kan forklare komorbiditetstendensen med både andre psykiske lidelser og/eller rusmisbruk nevnt i 3.1.2. Det kan også kaste lys over at selvskading i mange tilfeller blir stadig mer alvorlig, da det kan sammenlignes med toleranseutvikling for rusmidler.

3.1.5: Selvskadingens funksjon

”Smertens fortrinn er at den kan skyve annet til side. Smertens paradoksale fortrinn er at den kan være smertestillende.” (9 p 294)

Sitatet sier mye om selve kjernen i hva slags funksjon selvskadingen har for den som selvskader. Selvskading har alltid en funksjon (1). Et overordnet prinsipp er at selvskading er en metode, dog uhensiktsmessig, for mestring på ulike måter. Ser vi nærmere på dette, finner vi flere underordnede prinsipper.

Et av de viktigste er regulering av følelser, eller heller å endre følelsene som oppleves som utålelige. Således kan selvskading virke som avledning, hun får slutt på den psykiske smerten ved å påføre seg fysisk smerte, og utløsning for den indre spenningen. Ved å kunne peke på et sår eller et arr, blir det u håndterlige noe konkret og håndterlig. I tillegg vil mange selvskade for å klare å la være å gi etter for impulser om å ta sitt liv; svært mange av de som selvskader egenrapporterer at selvskadingen er motivert av et ønske om å slippe unna en uutholdelig følelse (64,3 % av de spurte) og/eller et ønske om å dø (56 % av de spurte) (3). Dette ønsket om å dø som bakgrunn for selvskading gjenspeiler altså et tidligere nevnt poeng slik jeg tolker det; selvskading er en mestringsstrategi for å ikke gi etter for impulsene om å ta sitt liv. Selvskadingen er dermed en måte å fortsette å leve på, til forskjell fra selvmord- og selvmordsforsøk, som jo er det motsatte (1).

Et andre prinsipp er selvstraff og soning. Dette gjelder for mennesker som kjenner på selvhat, selvforakt, skyld og skam, og får lindring fra disse følelsene gjennom selvskading ved at de ”gjør opp for seg” eller soner. Andre kan føle seg skitne og urene på innsiden, spesielt etter overgrep, og føle at de blør ut det skitne og dermed får lindring. (10). Det handler om håndtering av skam, både som utløser og konsekvens av selvskadingen. Personen føler på selvforakt og skam, ofte som følge av overgrep. Ved å bruke selvskading som rituell selvstraff får man utløp for dette. Sårene og arrene har dog dessverre en tendens til å få skammen til å øke, slik at man har en ond sirkel av skam (7).

Et tredje prinsipp er kommunikasjon. Arr og sår kan formidle hvor vanskelig man har det på innsiden. Dette kan være et forsøk på å straffe andre, for eksempel en overgriper. Ved å vise frem alle arrene man har, kan man få andre til å skamme seg over det de har gjort mot en (10).

Et fjerde prinsipp er repetering av overgrepsopplevelser, som nevnt over. Det virker som regel retraumatiserende, men kan også representere noe som tross alt er kjent- og dermed trygt. Det handler om kontroll, eller gjenvinnelsen av denne. Dette gjelder også spesielt for overgrep, hvor offeret kan føle at hun har mistet kontrollen over kroppen sin, og krever denne tilbake

ved å skade seg. Det kan også være for å gjøre kroppen mindre attraktiv og dermed slippe seksuelt misbruk (10). De med den alvorligste overgrepshistorikken kan stikke glass og gjenstander inn i kroppen for å hindre noen i å trenge inn (1).

Et femte prinsipp er dissosiasjon - enten det er snakk om å komme seg ut av en dissosiasjonstilstand som preges av uvirkelighet og tomhet, eller å komme inn i en dissosiativ tilstand for å slippe vonde minner og følelser (2, 7, 10).

Et sjette og besynderlig prinsipp, er de kontraintuitive aspektene ved selvskading. Selvskading kan i enkelte situasjoner være hierarkisk motivert; den som kutter dypest og alvorligst får størst respekt. Videre kan det være smittsomt, for eksempel i subkulturer blant ungdom eller inne på en psykiatrisk avdeling (7, 10).

Tidligere ble selvskading sett på som rene selvmordsforsøk, manipulasjon og noe man gjorde for å få oppmerksomhet, og at de som selvskadet var pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse med dårlige prognoser for bedring og helbred. Men selv om enkelte som selvskader kan ha manipulasjon og oppmerksomhet som motiver, er likevel en lite hensiktsmessig måte å møte selvskadene på. Selvskading er også for disse et forsøk på mestring, og det er bakenforliggende tilpasningsvansker og emosjonell dysregulering som også her er hovedproblemet, selv om de åpenbare årsakene synes å være noe annet. Som nevnt over er det også mange av de som selvskader som ikke kvalifiserer til en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men selv for sistnevnte er utsiktene til bedring gode. Det er også et viktig poeng at den største gruppen av selvskadere gjør det i dyp skam og skjult for sine omgivelser, ikke som et ekshibisjonistisk prosjekt (2, 10).

3.1.6: Behandlingsstrategier

Selvskading er et område man tross alt ennå vet nokså lite om, og det er overraskende nok utført få kontrollerte studier på effekt av ulike behandlingsformer, til tross for at selvskading representerer et betydelig problem. De studiene som er utført er ofte mangelfulle, og det er ikke mulig å trekke konklusjoner i forhold til den beste behandlingen av selvskadere (11). Av den grunn finnes heller ingen retningslinjer for valg av behandling. Tradisjonelt sett er selvskadene møtt med stor grad av kontroll og overvåkning, og ransaking av rom på leting etter farlige gjenstander dersom det foreligger mistanke om at pasienten har planer om å skade seg. Men nye ideer er begynt å ta form i løpet av de siste årene. Det som imidlertid er viktig,

er som tidligere nevnt at selvskading er et symptom, ikke en sykdom. Det blir derfor essensielt å finne en riktig tilgrunnliggende diagnose og behandle den aktuelle lidelsen (1).

Dialektisk atferdsterapi (DBT), som er en form for kognitiv adferdsterapi, virker lovende – både i forhold til nye selvskadingsepisoder og færre innleggelsesdøgn (2). Det er også den eneste behandlingsformen som viser statistisk signifikante resultater (11). Mentaliseringsbasert terapi (MBT), som er psykoanalytisk rettet, har vist lovende resultater i behandlingsarbeidet for personer med borderline personlighetsforstyrrelse (2). Teoriene har mange likhetstrekk, i det begge teoriene har som hovedmål at pasienten skal tåle å stå i de vanskelige følelsene, tåle ambivalensen uten å skade seg og å få kontroll over impulsiviteten. Farmakologisk har Flupentixol (Fluanxol: Lavdosenevroleptikum med hurtig innsettende effekt) også vist signifikant nedgang i hyppighet av selvskading i en studie med få deltakere, mens antidepressiva ikke viser en sikker effekt (11).

Vurderinger rundt innleggelse er ofte aktuelle, men vanskelige. Generelt bør innleggelse i institusjon unngås, og dersom en innleggelse er nødvendig, bør den være kortvarig, planlagt og frivillig. Bruk av tvang kan føre til at tilliten til behandlingsapparatet svekkes, og at terskelen for å ta kontakt ved en ny selvskadingsepisode kan bli høyere. Foreldrene til en person som selvskader kan sterkt ønske en innleggelse for sitt barn, da det oppleves som et uforholdsmessig stort ansvar å skulle ta vare på pasienten og hindre selvskading så vel som selvmord (2). I det som kalles Telemarkprosjektet, prøvde man i en av sykehusets sengeposter ut en ny grunnholdning til selvskaderne i 2000. Personalet ble kurset i hva selvskading er, og hvordan man skulle møte og forholde seg til selvskading. Tidligere gikk behandlingen ut på overvåkning, låste dører og kontroll; skiftet var nå en mer miljøterapeutisk tilnærming. Endringen gikk i hovedsak ut på at personale skulle forholde seg empatisk og respektfullt til selvskadingen etter et på forhånd bestemt mønster. Oppsiktsvekkende nok skulle pasienten forsikres om at personalet forsto at selvskading var trygghet og mestring, og at ingen ville forsøke å hindre selvskadingen. Det er uenighet i fagmiljøet om dette er en akseptabel fremgangsmåte (2). På Stavanger Universitetssykehus er de i ferd med å gå i gang med en ny tilnæringsmetode til selvskading, i tett samarbeid med britiske forskere. Det skal prøves ut et systematisk program gjennom terapeutisk mestring av aggresjon (TMA). Personalet får grundig opplæring i hva selvskading er og ikke er, og det utarbeides en kriseplan i samarbeid med pasienten om hva som skal gjøres når det oppstår vanskelige situasjoner. Pasientene får lov til å selvskade frem til en klart definert grense, når denne grensen krysses vil det bli grepet inn fra personalets side. Alvorlig selvskading vil med andre ord bli stoppet. Gruppeterapi er

sentralt i behandlingsopplegget, der ”erfarne” selvskadere er tenkt å virke avskrekkende på de ”uerfarne” ved å vise frem arrene sine og lære bort alternative metoder til selvskading, slik at den ønskede effekten av selvskading oppnås uten de alvorlige konsekvensene. Med i behandlingsopplegget er opprettelsen av et sanserom, som pasienter kan oppsøke når de kjenner behov for å selvskade for å forsøke å avlede seg selv fra de u hensiktsmessige impulsene. I tillegg etableres et sparom med utdannede spaterapeuter, som tilbyr massasje og behandlinger av forskjellige slag. Med i spatilbudet er også en make-up artist, som lærer pasientene å sminke bort arrene sine. Pasienter som føler de har fått kontroll på selvskadingen, får hjelp til å søke om plastiske operasjoner for å bli kvitt arrene sine, som for mange representerer et livslangt sosialt stigma. Ideen er å ivareta pasientenes autonomi og trygghet, samt ha fokus på gode og behagelige kroppslige opplevelser (12). Det fins de som argumenterer for at selvskaderne skal stoppes og hindres fra å skade seg, og det fins de som mener at selvskading er en menneskerett. Sistnevnte argumenterer med at å hindre selvskading bare vil føre til at pasientens fokus kun handler om å finne måter og muligheter til å skade seg på. Videre at selvskadingen hun utfører når hun ser sitt snitt, potensielt vil være mye mer alvorlig enn hvis hun hadde fått lov til å skade seg, og at det å ta fra pasienten en effektiv mestringsstrategi både er farlig og et brudd på menneskerettighetene (10).

4.0: Hvilke juridiske og etiske forhold må vurderes?

I møte med selvskading er det naturlig for helsepersonell å bli redde, fortvilte og frustrerte, og det er fort gjort å reagere med avsky og sinne. Selvskadere har fortalt om traumatiske møter med legevakt der legen har suturert såret uten anestesi, vist liten empati og hatt nedlatende kommentarer til pasienten (13). Dette er uakseptabelt. Selvskadere har krav på og rett til, på lik linje med alle andre pasientgrupper, å møtes med respekt, verdighet og vennlighet. Å sy uten bedøvelse er uakseptabelt. Pasienter med så alvorlig selvskading at de trenger hjelp, og i tillegg er en del av fåtallet som faktisk oppsøker hjelpen de trenger, er i en meget sårbar situasjon hvor det er stor risiko for å traumatisere pasienten ytterligere. Pasientene er meget sårbare, lett krenkbare og preget av skam, selv om uttrykksformene kan være av en annen karakter. Men hvordan man konkret skal gå frem for best mulig å hjelpe en selvskader, er et vanskelig område – både etisk og juridisk.

4.1: Juridiske forhold

4.1.1: Helsepersonelloven (Hpl)

”§7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.”

Prinsippet om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er uomtvistelig, og brudd på Hpl medfører advarsler, tap av autorisasjon og lisens, og i alvorlige tilfeller bøter og fengsel i inntil 3 måneder (14).

4.1.2: Pasientrettighetsloven (Prl)

I Prl (15) er det spesielt kapittel 4 som byr på utfordringer i møte med selvskadere. Det handler om krav til samtykke til helsehjelp, kriteriene for samtykkekompetanse, samt adgang til å gi helsehjelp dersom pasienten nekter. Alle med samtykkekompetanse har rett til å nekte helsehjelp. Alle myndige har samtykkekompetanse, så lenge pasienten er informert og forstår hva det gjelder, har innsikt i konsekvensene en beslutning medfører. Den som yter helsehjelpen er den som avgjør om pasienten er samtykkekompetent. Behandling av ikke-samtykkekompetent grunnet psykisk lidelse må hjemles i psykisk helsevernloven. (§ 4-3). Kapittel 4A tar for seg helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som nekter. § 4A-3 er viktig i så måte, som sier at vedtak om helsehjelp kan treffes dersom 'en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen'. I § 4 A-4, Gjennomføring av helsehjelpen, står det 'Dersom vilkårene i § 4 A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten, pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslingsystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes.' Relevant er også § 2-5, som gir alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til individuell plan.

4.1.3: Psykisk helsevernloven (pshl)

Kapittel 2 (16) tar for seg frivillig psykiatrisk behandling, mens kapittel 3 handler om kriteriene for bruk av tvangsbehandling. Det presiseres ettertrykkelig at etablering av frivillighet skal være forsøkt før tvang skal kunne benyttes. Videre skal pasienten ha en alvorlig sinnslidelse og på grunn av denne 'utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget

eller andres liv og helse' (§ 3-3). Kapittel 4 tar for seg gjennomføringen av psykisk helsevern. Som i Prl, hjemles også pasientens rett til individuell plan i Pshl § 4-1. § 4-3 tar for seg skjerming, § 4-4 tvangsbehandling med legemidler. Igjen presiseres det at det først skal forsøkes med frivillighet. I § 4-6 hjemles ransaking; rom kan undersøkes og det er lov med kroppsvisitasjon der man har 'begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømmingshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold'. Det er ikke lov til å undersøke kroppens hulrom. § 4-8 hjemler bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Også her gjentas prinsippet for tvangsbruk: 'Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.' Tvangsmidler man har anledning til å benytte er belter/remmer, innlåsing, medisiner og fastholding. Belter og innlåsing kan ikke brukes når pasienten er under 16 år. Det er likevel ingenting i lovverket som forutsetter etablering av tvungent psykisk helsevern etter kapittel 3 for å bruke tvangsmidler etter kapittel 4.

4.2: Etiske forhold

Selv om lovverket leger skal forholde seg selvfølgelig er svært viktig, er likevel det etiske regelverket hevet over lovene hva leger gjelder. Man kan for eksempel tenke seg at myndighetene i et land beordrer en lege til å ta livet av et menneske. Drapet vil således være hjemlet i lov, og dermed tillatt, men være uakseptabelt ut fra et etisk perspektiv. I Norge er som regel ikke dette et problem, men prinsippet er likevel viktig.

4.2.1: Etiske regler for leger

De etiske reglene for leger (17) er det viktigste hjelpemiddelet norske leger har når de er stilt overfor vanskelige etiske dilemmaer. Regelverket til Den Norske Legeforening er på mange måter en speiling av lovverket. Viktigste i denne sammenhengen er kapittel 1 med følgende paragrafers hovedbudskap, slik jeg tolker de:

- § 1: Legen skal bedre helse, helbrede, lindre og trøste
- § 2: Legen skal ivareta pasientens integritet og behandle pasienten med barmhjertighet, omsorg og respekt, helst bygget på gjensidig tillit og informert samtykke.
- § 6: Legen har plikt til å yte nødvendig legehjelp / øyeblikkelig hjelp
- § 9: Legen skal handle forsvarlig ut fra vitenskap og erfaring, og henvise når denne mangler.
- § 12: Legen har ansvar for å benytte helseressursene rettferdig og forsvarlig

Vi finner altså igjen disse hovedbudskapene både i Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Psykisk helsevernloven. Spesielt er det verdt å merke seg § 2, som blant annet tar for seg pasientens autonomi. Samtykkekompetanse er ett av fire kriterier for at autonomi kan foreligge; de tre andre er at pasienten er godt nok informert, at pasientens preferanse er konsistent (uavhengig av tid, sted, sinnsstemning og situasjon) og at pasienten er fri fra ytre press (18).

4.2.2: Genèveveerklæringen og Hippokrates' legeed

Gèneveerklæringen er på mange måter programerklæringen til Verdens Legeforening, som ble stiftet i 1948. Den er løst basert på Hippokrates' legeed. Det viktigste punktet i erklæringen er punkt 4, som sier at 'Pasientens helse skal være mitt første hensyn'. Hippokrates' legeeds punkt 5 og 8 er også aktuelle; de sier henholdsvis 'Jeg vil etter evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel til gagn for de syke, og jeg vil verge dem mot slikt som fører til skade og urett', og 'Samme hvilket hus jeg går inn i, vil jeg gå dit til gagn for de syke, og jeg vil avstå fra all foresettelig urett og skade [...]'. (18)

4.2.3: Fireprinsippetikken og Prima facie - normer

Medisinsk etikk er i stor grad fundert på Beauchamp & Childress' fire helseetiske prinsipper:

- 1) *Velgjørenhet (beneficence) – forpliktelsen helsepersonell har til å handle til pasientens fordel og til å avveie fordeler og ulemper mot hverandre*
- 2) *Ikke skade (non-maleficence) – forpliktelsen til å unngå å påføre pasienten skade*
- 3) *Respekt for pasientens selvbestemmelse (autonomy) – forpliktelsen til å respektere autonome personers evne til å ta beslutninger*
- 4) *Rettferdighet (justice) – forpliktelsen til å sørge for en rimelig fordeling av fordeler og ulemper (19)*

De fire punktene fremheves av Europarådet som prinsipper man kan og bør bruke i vurderingen av medisinetiske spørsmål (18, 19). De anbefales lagt til grunn ved saksbehandling i kliniske etikkomiteer som alle helseforetak er pliktige å ha. Prinsippene om *beneficence, non-maleficence, autonomy* og *justice* er historisk forankret, og har dessuten bred enighet på tvers av religiøse, politiske og etiske grunnholdninger. Man kan for enkelthets skyld si at et valg som tilfredsstillende alle de fire prinsippene er et godt etisk valg. Disse fire prinsippene er prima facie - prinsipper, som alltid skal tas med i betraktning når en beslutning skal tas. De er alltid moralsk relevante, skal alltid vurderes og skal i utgangspunktet trumfe alle andre mindre moralsk relevante normer og prinsipper. Kommer prima facie - normene på kant med hverandre, skal de vektas og balanseres opp mot hverandre for å finne den beste

løsningen, alt tatt i betraktning (18). Vektingen skal skje på bakgrunn av det mest mulig oppnåelige mål, og prinsippet som må vike eller settes til side for et annet må gjøre det med bakgrunn i at det ikke fins andre alternativer for å oppnå det ønskede moralske resultat. Prinsippbruddet skal gjøres så lite som mulig, og effekten av prinsippbruddet skal søkes minimert (19).

5.0: Hvilke etiske og juridiske utfordringer og motsetninger fins?

5.1: Juridiske utfordringer

5.1.1: Helsepersonelloven og en plikt til å behandle

Lovene leger skal forholde seg til, er i utgangspunktet ganske presise og lett forståelige. Likevel er det enkelte motstridende forhold. Lovene setter pasientens autonomi høyt, og det er tungtveiende grunner og klart definerte situasjoner som må foreligge for at pasientens autonomi kan settes til side. Den viktigste av disse situasjonene i vår sammenheng, og i mange medisinetiske sammenhenger, illustreres i § 7 i Helsepersonelloven – plikten til å yte øyeblikkelig hjelp *når denne synes påtrengende nødvendig*. En naturlig implikasjon er dermed å stille spørsmålet: **Hva er påtrengende nødvendig?** Det står ingenting om at det må foreligge livsfare ved behandlingsutelatelse. Det står ingenting om at det må dreie seg om en akutsituasjon. Det står heller ikke noe om at man må ha med en pasient uten samtykkekompetanse å gjøre. Loven er meget lett å forholde seg til når man som lege kommer til et ulykkessted og skal behandle en pasient med subduralt hematom, hvor behandlingsnekt er en direkte årsak av bevissthetsnedsettelse etter skaden. I en slik situasjon behandler man selvfølgelig. Det er også lett i møte med en pasient som er i ferd med å ta sitt liv, for eksempel gjennom overdose, kutting eller henging. Selv om pasienten nekter inngripen og behandling, vil man benytte seg av § 7 i Helsepersonelloven. I suicideksemplet vil man også ha hjemmel i Straffelovens § 47, som omhandler nødrett. Så lenge det handler om at behandlingsunntak vil medføre alvorlig langvarig skade eller død, er loven ganske lett å forstå og forholde seg til; plikten om å redde liv synes å trumfe alle andre forhold (med unntak av de som nevnes i Pasientrettighetsloven § 4-9, som i all enkelthet gir døende pasienter rett til å nekte livsforlengende behandling, sultestreikende rett til å potensielt dø av sult for saken de tror på, og Jehovas vitner rett til ikke å motta blodprodukter selv om det betyr død).

Men hva hvis dødsrisikoen ved behandlingsunntatelse er relativt liten? Helsehjelpen kan fortsatt synes påtrengende nødvendig. Dette er en høyaktuell problemstilling i møte med selvskading. De aller fleste som selvskader gjør dette uten at det er fare for liv, og uten at det får varige konsekvenser, annet enn arr. Likevel vet vi jo, som redegjort for i kapittel 3.1 og dets underkapitler, at suicidrisikoen statistisk sett er betydelig forøket for selvskadere, at svært mange av selvskaderne har et ønske om å dø, at suicidrisikoen er betydelig forhøyet etter en selvskadingsepisode og at selvskading gjerne forverres i alvorlighetsgrad over tid. Samtlige kilder om selvskading i kildelisten understreker viktigheten av tidlig intervensjon for å bryte det uheldige mønsteret, og å hjelpe ungdommen til å finne bedre måter for mestring. Oppsummert synes det å være liten tvil om at en behandlingsintervensjon er påtrengende nødvendig.

5.1.2: Pasientrettighetsloven og retten til å nekte behandling

Dypest sett er spørsmålet om autonomi det innerste og mest essensielle problemet i hele diskusjonen rundt selvskading. En samtykkekompetent pasient har rett til å nekte å la seg behandle – der er loven uomtvistelig. Unntak finnes dog selvfølgelig, og umiddelbart er det spesielt ett forhold i Pasientrettighetslovens kapittel 4, 'Samtykke til helsehjelp', som synes problematisk. Det er § 4-3, annet og tredje ledd: *"Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd."*

Det problematiske i formuleringen er to forhold. For det første nevner jeg formuleringen om psykiske forstyrrelser. Den er vanskelig! Psykisk helsevernloven § 3-3 tredje ledd krever at pasienten har en alvorlig sinnslidelse for at tvungent psykisk helsevern kan opprettes, eller at (sjette ledd) pasienten *'utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse'*. I Pasientrettighetsloven kan altså en pasient med en psykisk forstyrrelse erklæres ikke samtykkekompetent, mens i Psykisk helsevernloven kan en pasient ikke tvangsbehandles med mindre det foreligger en alvorlig sinnslidelse eller det er akutt fare for andres liv eller helse – det er ikke nok å være til akutt fare for *egget* liv eller helse. Det er stor forskjell mellom en psykisk forstyrrelse og en alvorlig sinnslidelse. En selvskadende pasient vil mest sannsynlig kunne defineres som psykisk forstyrret, men mest sannsynlig *ikke* som alvorlig sinnslidende. Vi har dermed hjemmel for å erklære pasienten "ikke samtykkekompetent", men ikke

hjemmel for å tvangsbehandle henne. En mulighet er å argumentere for at selvskading er et så alvorlig symptom at det kvalifiserer for å defineres som en alvorlig sinnslidelse, men i praksis er dette mulig kun i tilfeller der selvskadingen er psykotisk motivert. Dermed vil ikke en ”vanlig” selvskader, som kutter seg som følge av emosjonell dysregulering og som ikke per definisjon er suicidal, kunne kategoriseres som alvorlig sinnslidende.

For det andre nevner jeg prinsippet om at den som skal behandle også har myndighet til å erklære pasienten ”ikke samtykkekompetent”. Her kan det bli en ”bukken og havresekken”-situasjon. Uten objektive og fastsatte kriterier for samtykkekompetanse, kan det fort bli slik at pasienten som ikke er enig med behandlingsopplegget vurderes som ikke samtykkekompetent. I forhold til pasienters rettsvern er dette problematisk. Autonomiprinsippet er helt essensielt for menneskets rett til å bestemme over seg selv. Satt på spissen har alle i Norge lov til å gå til grunne og ødelegge livet sitt, så lenge de ikke er psykotiske. Man har lov til å drikke seg i hjel, man har lov til å la være å ta medisinene sine, man har lov til å selvskade, man har lov til å avstå fra behandling for sin kreftsykdom, og i ytterste konsekvens har man også lov til å ta livet sitt. Samtidig er det et viktig prinsipp at vi som helsepersonell har plikt til å redde liv. Hvis man nå snur situasjonen litt; ville man tvangsbehandle og låse inn en alkoholiker med levercirrhose på avrusning når alternativet med fortsatt misbruk er uunngåelig død? Selvfølgelig ikke! Kan man da forsvare å tvangsbehandle en selvskader, selv når selvskadingen er av så alvorlig karakter at det er fare for at pasienten kan dø?

5.2: Ethiske utfordringer

Som utgangspunkt for drøftingen tar jeg utgangspunkt i malen som er anbefalt brukt i de kliniske etikkomiteene som alle helseforetak i Norge er pliktige å ha (20).

5.2.1: Hva er det etiske problemet?

Det etiske problemet er, slik jeg ser det, todelt. For det første: Er det riktig å tvangsbehandle en selvskader? For det andre: Er det riktig å la en pasient selvskade?

5.2.2: Hva er medisinske fakta og andre fakta?

Medisinske fakta, kort oppsummert fra kapittel 3.0: Selvskading er ikke å anse som en sykdom, men et symptom. Det kan være et symptom på underliggende problemer av mer alvorlig art, traumer, komorbide psykiatriske sykdommer og forstyrrelser. Det er generelt økt risiko for suicid blant de som selvskader, men selvskading er som regel et forsøk på å fortsette å leve og ikke et forsøk på å dø. Det typiske mønstret er en person (typisk en ung kvinne) som

risper seg uten fare for liv eller varige skader. De fleste som selvskader gjør det i skjul, kommer ikke til behandling og det er svært sjeldent at ønsket om oppmerksomhet er incentivet bak selvskadingen. En person som selvskader er vanligvis svært sårbar og lett krenkbar, og er svært ømfintlig for avvísning. Selvskading er en mestringsstrategi. Det som selvskaderen ønsker å mestre er først og fremst vanskelige følelser, men det kan også være opplevelsen av et tidligere opplevd traume (som seksuelt misbruk, omsorgssvikt og dårlige relasjoner), dissosiasjon, som reaksjon på tap av kontroll, straff av seg selv og andre og kommunikasjon. Selvskading er en handling som preges av skam, både som utløsende faktor og konsekvens. Selvskading kan være avhengighetsskapende og det hjelper mot personens problemer, i tillegg til at det gir trygghet. Således opprettholdes atferden. Selvskadingen kan progrediere og komme ut av kontroll, og således bli til fare for livet og øke risiko for varige skader. En person som har selvskading som mestringsstrategi, og som hindres i å selvskade, vil bruke svært mye energi på å finne måter og muligheter til å selvskade på. Resultatet vil ofte bli alvorlig selvskading når de først får en mulighet til det. Arrene etter selvskading er livsvarige og blir kun borte med kosmetisk kirurgi. Etter ti år er det svært sjeldent at pasienten fortsatt selvskader, det synes slik sett å være et tidsbegrenset fenomen. Det er svært uklart hvilken behandlingsstrategi som er best egnet, da det finnes få studier på behandlingseffekt, men dialektisk atferdsterapi har vist lovende resultater. Selvskading kan oppleves som meget traumatisk for helsepersonell som må forholde seg til det, og kan fort lede til skyldfølelse og sinne for helsepersonell. I tillegg representerer blodsøl en alvorlig smitterisiko for en rekke sykdommer for andre.

Andre fakta; familieforhold, sosiale forhold og juridiske forhold:

- a) Familien til en som erkjenner å selvskade kan ha det svært vanskelig og være meget bekymret for sin ungdoms liv. Familien kan dermed ta på seg mye ansvar og skyldfølelse for at selvskadingen pågår og bli utslitte. Dette kan lede til dårlig samvittighet for selvskaderen og økt skam, og dermed økt selvskading.
- b) Det sosiale nettverket til personen som selvskader kan bli ustabil som følge av at belastningen blir for stor for jevnaldrende venner. Det kan også føre til at andre i vennegjengen begynner å eksperimentere med selvskading, både som et uttrykk for et delt subkulturelt språk og som et forsøk på å finne sin hierarkiske plass i vennegjengen, eventuelt avansere i hierarkiet.
- c) Jussen er uklar på området. Leger har plikt til å redde liv, men også å respektere pasientens autonomi. Det kan både argumenteres med at pasienten er og ikke er

samtykkekompetent i situasjonen. Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Psykisk Helsevernloven er således på en viss kollisjonskurs.

5.2.3: Hvem er berørte parter?

Berørte parter er først og fremst pasienten, som vanligvis ikke er alvorlig sinnslidende og primært ikke suicidal.

Andre berørte parter:

- a) Pårørende som er slitne og redde
- b) Helsepersonell som har plikt til å redde liv og en plikt til å respektere pasientens autonomi, og som opplever emosjonell belastning i form av angst/frykt/skyld for konsekvensene av pasientens selvskading.
- c) Samfunnet, som bruker mye ressurser på behandling, enten det er i form av suturering, kosmetisk kirurgi, spesialtilpassing av sykehusavdelinger og kontinuerlig observasjon/andre sikringstiltak

5.2.4: Hva er relevante verdier, prinsipper, dyder og lover?

De relevante lovene er gjennomgått og drøftet under kapittel 4.1 og 5.1 med underkapitler. Andre verdier som er relevante, er Etiske Regler for leger, redegjort for i kapittel 4.2.1, og de fire etisk relevante prinsippene redegjort for i kapittel 4.2.3.

5.2.5: Hvilke handlingsalternativer fins?

Det finnes tre mulige handlingsalternativer slik jeg ser det:

- 1) La pasienten selvskade.
- 2) La pasienten selvskade frem til en viss grense
- 3) Ikke la pasienten selvskade, og stoppe henne om nødvendig med tvang.

5.2.6: Komme frem til en løsning

Hensikten med denne drøftingen er ikke først og fremst å komme frem til en løsning, men å drøfte de ulike handlingsalternativene i lys av hvilke implikasjoner de kan ha i form av konsekvenser og prinsippbrudd.

5.2.6.1: La pasienten selvskade?

Vi kjenner få sikre konsekvenser av dette valget. En sikker konsekvens er at pasienten vil få livsvarige og skjemmende arr, som kun kan utbedres og behandles med kirurgi. Pasienten vil også antakelig jevnlig ha behov for suturering. Andre og mer alvorlige skader kan oppstå, som for eksempel overkutting av fleksor - og ekstensorsener i armene. Disse skadene bør behandles med kirurgi for at ikke resultatet skal bli en varig funksjonsnedsettelse. Videre kan pasienten miste livet, enten på grunn av selvskading ute av kontroll, på grunn av komorbide tilstander som øker suicidrisiko og/eller et samlet økt lidelsestrykk som gir håpløshet og økt suicidrisiko.

Videre kan det tenkes at det også vil gå bra, og at pasienten etter noe tid vil gå videre i livet, og slutte å skade seg. Etter en 10-årsperiode har de fleste sluttet å skade seg, og de fleste som skader seg gjør dette uten fare for sitt liv eller varige funksjonsnedsettelser. Dette vil dermed sannsynligvis gjelde mange av de som skader seg.

Det er usikkert, men sannsynlig, at dette er et lovlig handlingsalternativ i forhold til Helsepersonelloven. For at det skal være lovlig, må vi definere at selvskading ikke er et forhold som gjør det påtrengende nødvendig å yte helsehjelp. Pasientrettighetslovens krav til samtykke er ivaretatt med hensyn til at pasientens rett til å nekte behandling blir respektert. Pasienten anses dermed som samtykkekompetent.

Når det gjelder *velgjørenhetsprinsippet*, det å handle til pasientens fordel, er det tvilsomt om dette er ivaretatt. Vi kan ikke på forhånd vite at alt går bra til slutt, det kan hende at konsekvensene blir kronisk funksjonsnedsettelse eller død. Dette er ikke til pasientens fordel. Videre kan en fra før lett krenkbar og sårbar pasient få en "bekreftelse" på at ingen bryr seg selv om man skader seg, at man ikke er verdt noe for noen. Det kan forverre selvskadingen og øke suicidrisikoen. Med tanke på de andre berørte parter er det klart at dette handlingsalternativet vil medføre mye lidelse. Foreldre og pårørende vil befinne seg i en konstant bekymringstilstand for hva pasienten kan finne på. Handlingsalternativet kan også medføre stor grad av slitasje på personalet i form av bekymring for at pasienten skal ta livet sitt, og skyldfølelse når det oppstår selvskading. Velgjørenhetsprinsippet synes å måtte vike ved dette handlingsalternativet.

Prinsippet om å ikke skade er også usikkert ivaretatt. Dersom resultatet blir langvarige og kroniske skader og skjemmende arr, eller i verste fall død, er dette som skade å regne, selv om det er selvpåført og ikke et direkte resultat av vår handling (eller å avstå fra handling, som er tilfelle her). Det kan tenkes at en inngripen og stans av selvskading kunne forhindre skaden.

En manglende inngripen vil dermed kunne gi resultatet at en skade som kunne vært forhindret, allikevel har skjedd. Når det gjelder andre berørte parter, vil det kunne skade. De pårørende kan få psykiske vansker i forbindelse med å måtte forholde seg til en overhengende risiko for alvorlig skade og død. For helsepersonell er det i tillegg en ikke ubetydelig smitterisiko forbundet med å omgås blodsøl.

Autonomiprinsippet synes å være ivaretatt. Ved å respektere pasientens ønsker om å ikke gripe inn i øyeblikket og erklære henne samtykkekompetent, selv om det betyr selvskading, er pasientens autonomi ivaretatt.

Rettferdighetsprinsippet synes å være ivaretatt, men det avhenger av graden av selvskading. Ved å ikke gripe inn i pasientens selvskading brukes heller ikke store ressurser på for eksempel kontinuerlig observasjon og medisinerer. Ressursene som brukes vil hovedsakelig være knyttet til suturering og sårstell, som er relativt billig. Men det kan også tenkes at det blir et ressurskrevende prosjekt dersom pasientens gjentatte alvorlige selvskading fører til stadige behov for kirurgi av sener, blodoverføring eller plastisk kirurgi av arrene. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke rettferdighetsprinsippet være ivaretatt, idet store ressurser vil måtte brukes for å behandle pasientene.

Å la pasienten selvskade innebærer derfor mest sannsynlig å bryte ett eller flere prinsipper. Autonomiprinsippet vektet høyere enn de andre prinsippene. Rent juridisk kan man forsvare å la en pasient selvskade ved å henvise til Pasientrettighetsloven. Autonomi står meget sterkt som prinsipp, og skal også gjøre det. Likevel er man også pliktig til å velge den beste løsningen, alle forhold tatt i betraktning. Intuitivt vil man sette som forutsetning for et slikt handlingsalternativ at man kjenner til detaljene rundt pasientens selvskading, og at denne ikke er av en slik art at det er fare for alvorlige skader og død. Erfaringsmessig kan man sikkert konkludere med at slik er tilfelle, men man kan aldri være sikker. Dersom selvskadingen er av alvorlig art, bør Helsepersonellovens § 7 og etiske regler for legers § 6 få forrang over autonomiprinsippet. Spørsmålet blir derfor om usikkerheten er slik at man kan leve med den og sove godt om natten, uten redsel for at pasientens selvskading skal få tragiske konsekvenser, samt tåle eventuelle tragiske konsekvenser av feilvurdering. Det fordrer ”is i magen”, og er ikke noe som kan forlanges at alle har. Vi har alle forskjellige terskler for akseptabelt nivå av usikkerhet.

5.2.6.2: La pasienten selvskade frem til en bestemt grense?

Dersom man har kommet frem til en behandlingsallianse som åpner for dette handlingsalternativet, er det naturlig at denne grensen bestemmes av behandlende lege og pasient i samarbeid. Ved dette handlingsalternativet kan vi være noe mer sikker på konsekvensene så lenge det forutsettes at grensen som settes går ved alvorlig selvskading, som krever suturering. Vi kan likevel med rimelig sikkerhet anta at pasienten vil få arr som følge av selvskadingen, med mulig behov for plastisk kirurgi som følge. Avhengig av hvor grensen settes, kan det også hende at pasienten vil ha behov for suturering og/eller sårstell. Når det gjelder varig og alvorlig funksjonsnedsettelse er dette mindre sannsynlig, det samme gjelder død. Dette handlingsalternativet forutsetter stor grad av kontroll fra helsepersonalets side, stor tillitt mellom pasient og behandler, og en åpen kommunikasjon om selvskading. Dersom dette er mulig, er det fremragende! Det ligger likevel i selvskadingens natur at dette er skambelagt og ”hemmelig”. Det vil derfor være problematisk for en selvskader å klare å kommunisere at de ønsker å skade seg. Dersom man klarer å legge til rette for en slik grad av åpenhet, er det meget bra! Det vil føre til at kommunikasjon settes høyest, og selvskadingen vil således få lite fokus, både fra pasienten og helsepersonell. Pasienten trenger ikke å skjule sin selvskading eller lete etter muligheter til å skade seg, og helsepersonellet kan slappe mer av i visshet om at pasienten vil være åpen på et behov for å selvskade. I tillegg gir det behandlingsopplegget en tilleggsdimensjon; man kan sammen forsøke andre mestringsstrategier enn selvskading. Virker ikke det, er pasienten trygg på at hun kan falle tilbake til mestringsstrategien sin som hun vet hjelper.

Videre finnes det utfordringer til gjennomførelsen av den påfølgende selvskadingen. Skal pasienten få utlevert noe å kutte seg med fra helsepersonellet? Skal helsepersonell måtte være til stede og se på at selvskadingen finner sted, for dermed å kunne gripe inn dersom den avtalte grensen krysses? Og hvem har ansvaret for feilvurderinger som fører til alvorlige skader?

For de involverte er pasienten godt i varetatt, både med tanke på selvbestemmelsesrett og sikkerhet. Det samme gjelder pårørende; foreldrene slipper å være konstant redde for at barnet deres skal bli alvorlig skadet eller miste livet ved dette handlingsalternativet. Helsepersonell er de som får de største påkjenningene ved en slik løsning. Det å observere selvskading uten å skulle gripe inn før man vurderer at grensen er krysset, må i sannhet være svært vanskelig. Rent intuitivt vil man ønske å gå inn og stoppe selvskadingen, slik at å avstå fra inngripen vil føles grunnleggende galt og traumatisk. Og om man skulle feilvurdere, vil følgene potensielt kunne bli katastrofale. Det hele kan løses på tre ulike måter: for det første ved at pasienten

skader seg alene, men da har man i praksis det samme handlingsalternativet som i 5.2.6.1. For det andre ved at helsepersonell kan pålegges å stå i en slik situasjon, da dette er en del av en stillingsinstruks man har forpliktet seg til ved tiltredelse. For det tredje ved at helsepersonell har rett til å reservere seg mot å være i en slik situasjon – kanskje skal kun spesialutdannet personale kunne være tilstede? Alternativ to er lite gunstig, da dette vil kunne føre til enorm mental slitasje og belastning på personalet.

Det juridiske virker å være godt ivaretatt ved dette handlingsalternativet. Helsepersonell har anledning til å utøve helsehjelp som synes påtrengende nødvendig jamfør Helsepersonelloven, det vil si når den definerte grensen for selvskading krysses. Samtidig ivaretas pasientens autonomi jamfør Pasientrettighetsloven, hun får lov til å skade seg og bestemme hvor og når dette skal skje. Hun er deltakende i sitt eget behandlingsopplegg. Dette er sånn sett selvskading i kontrollerte former, og det hele er basert på tillit og gjensidige avtaler.

Velgjørenhetsprinsippet om å handle til pasientens fordel synes å være ivaretatt. Pasienten får her mulighet til å selvskade under kontrollerte former, og hun slipper å frykte for sitt eget liv. Hun har fått tilbake kontrollen, men slipper å ha det hele og fulle ansvaret alene. Det er nærliggende å tro at dette vil føre til mer fokus på bedring og alternativer, og mindre fokus på å finne måter og muligheter for selvskading. Det er også sannsynlig at pasienten raskere vil kunne få bedring.

Ikke- skade- prinsippet synes også godt ivaretatt for pasientenes del. Pasientene får fortsatt livslange og skjemmende arr ved en slik løsning, men sannsynligvis mindre alvorlige enn ved ingen kontroll fra personalets side. Imidlertid kan det tenkes at prinsippet brytes i forhold til helsepersonellet som må være til stede, å være vitne til et menneskes selvskading vil måtte anses å representere et traume som kan føre til psykiske skader for helsepersonellet.

Autonomiprinsippet er meget godt ivaretatt. Pasienten har medbestemmelsesrett og har vært med på å lage avtalene i sitt behandlingsopplegg, hun har rett til å skade seg når hun har behov for det. Riktignok ikke så alvorlig hun selv eventuelt måtte ønske, men grensen må være satt i samsvar med pasienten for at et slikt opplegg skal kunne fungere. Sannsynligvis vil pasienten finne mye trygghet i å vite at hun blir stoppet før det går for langt, og denne stoppingen har hun også selv vært med på å bestemme.

Rettferdighetsprinsippet synes ivaretatt. Dersom et slikt handlingsalternativ fører til bedring for pasienten vil ressursbruken kunne forsvares, selv om det skulle bli ressurskrevende å gjennomføre.

Alt i alt synes dette handlingsalternativet å være gunstig med tanke på å overholde flest mulig prinsipper. Likevel er momentet med belastning og slitasje på helsepersonell valid. Helsepersonellet blir gitt mye ansvar i forhold til selvskadingen, og man kan spørre seg om belastningen blir for stor? Denne belastningen må tas på alvor, og minimeres ved for eksempel å øke forståelsen for hva selvskading er gjennom kursing og utdanning, fastsatte rutiner for debriefing og analysering av situasjonene som måtte oppstå, og kanskje høyere lønn og mer fri for å bedre forholdene for avslapning og hvile.

5.2.6.3: Pasienten får ikke selvskade, og stoppes med tvang?

Bruk av tvang kan være et godt terapeutisk hjelpemiddel dersom det virkelig er indikasjon, men det fordres ut fra alle lover og etiske regler at frivillige tiltak skal ha vært forsøkt først. I tillegg skal pasienten ha en alvorlig sinnslidelse, og være til fare for seg selv og andre, eller få sine egne utsikter til helbred kraftig forverret uten intervensjonen. Når det gjelder selvskading, er det ikke hjemmel for å tvangsinnlegge en pasient på dette grunnlag alene. Innleggelsen må i så fall skje med utgangspunkt i en komorbid tilstand som kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. En måte å legge inn en pasient med selvskading på, er å vurdere selvskadingen som selvmordsforsøk. Det kan selvsagt være tilfelle, men i de fleste situasjoner er ikke selvskading et uttrykk for suicidalitet. Dersom en innleggelse synes nødvendig er man avhengig av pasientens samtykke dersom kravet for tvunget psykisk helsevern ikke er møtt for at en innleggelse skal kunne skje. En frivillig innleggelse vil derfor være langt å foretrekke, da en tvangsinnleggelse vil kunne heve terskelen hos pasienten til å be om hjelp ved en senere anledning.

Bruk av tvang er strengt regulert gjennom psykisk helsevernloven. Det må anses som et helt nødvendig tiltak for at pasienten ikke skal skade seg selv eller andre, og skal kun brukes når andre metoder har vært forsøkt.

Tvangsmidler som kan være aktuelle, dersom man anser at det er hjemmel for å vedta bruken av de, er medisiner, skjerming, ransaking av rom og kroppsvisitasjon (på leting etter farlige gjenstander) med påfølgende beslag, fastholding og beltelegging. Det er helt fundamentalt å bruke tvangsmidlene som terapeutisk behandling, og ikke som straff.

Juridisk sett kan en nulltoleranse for selvskading og bruk av tvangsmidler forsvares. Den viktigste loven i så måte er Psykisk helsevernloven, spesielt kapittel 4. Den åpner for bruk av tvangsmidler uavhengig om innleggelsen er frivillig eller ikke. Skjerming med personale kan etableres dersom man anser det som nødvendig av hensyn til andre pasienter eller pasientens helbred. Sån sett kan man bruke argumentet om at selvskading kan virke hierarkisk og dermed smittende, og at skjerming er nødvendig for at de andre pasientenes tilstand ikke skal forverres. Eventuelt kan man bestemme at pasienten blir for sliten av å være sammen med andre, slik at skjerming etableres profylaktisk med tanke på selvskading. Dersom man mistenker at selvskading er nært forestående, kan man vedta romransakelse og beslaglegge gjenstander man anser som farlige. Og når selvskading er under oppseiling, kan fastholding eller beltelegging forsvares ut fra lovteksten om at det er 'uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv'. Lovene står dermed ikke i veien for bruk av tvangsmidler for å hindre selvskading.

Konsekvensene av dette handlingsalternativet er først og fremst at ingen selvskading skjer (dersom ingen feilvurderinger skjer). Pasienten trenger ikke suturering og sårstell, hun får ingen arr, det er ingen fare for verken kronisk funksjonsnedsettelse eller at liv går tapt. Imidlertid er dette et grovt inngrep i pasientens autonomi. Ved dette handlingsalternativet får pasienten ingen råderett eller kontroll over egen situasjon, og vil sannsynligvis bruke alle sine ressurser på å finne måter og muligheter for selvskading. Det terapeutiske miljøet for en virkelig bedring av pasientens symptomer og plager blir dermed svært fattig, og dersom feilvurderinger skjer, vil selvskadingen potensielt kunne bli svært farlig. I tillegg vil pasienten kanskje bli mer suicidal som følge av at en effektiv mestringsstrategi for å mestre vanskelige følelser blir tatt fra henne. Videre kan det å bli utsatt for tvangsmidler oppleves som svært ydmykende, invaderende og påtrengende. Dette kan være svært traumatiserende for pasientene, som allerede sannsynligvis allerede er svært traumatisert.

For de pårørende og foreldre vil nok et slikt handlingsalternativ på den ene siden være betryggende, i og med at det er mindre sannsynlig at en pasient skal klare å ta livet sitt. På den andre siden vil det nok oppleves som vanskelig at ens barn skal føle seg invadert, spennes ned i reimer mot sin vilje med jevne mellomrom og bli traumatisert. For helsepersonell kan det på den ene siden føles svært trygt å ha kontroll over ethvert aspekt av situasjonen, men på den andre siden vanskelig og ubehagelig å skulle utøve tvangsmidler mot en pasient. Helsepersonellet kan således også ved dette handlingsalternativet traumatiseres.

Velgjørenhetsprinsippet vil være ivaretatt dersom ens eneste mål er å hindre selvskading med påfølgende suturering/sårstell, arr, funksjonsnedsettelse og mulig død som følge. Dette bør imidlertid ikke være det eneste behandlingsaspektet man har som målsetting. Like viktig er bedring og forhåpentligvis helbred av pasienten. Det kan bli vanskeligere å oppnå dette. Har man flere målsetninger enn det førstnevnte, er ikke velgjørenhetsprinsippet oppfylt.

Ikke skade- prinsippet er fulgt, men også her med forbehold om at målsetningen kun dreier seg om å unngå selvskading og dens konsekvenser. De psykiske skadene av omfattende, langvarig og gjentatt tvangsbruk kan bli vanskelig å takle for en allerede traumatisert pasient. Således er prinsippet brutt.

Autonomiprinsippet er ettertrykkelig brutt på alle måter ved dette handlingsalternativet. Her foreligger liten eller ingen grad av selvbestemmelse, samarbeid eller kontroll, og pasienten har lite eller ingenting hun skulle ha sagt i forhold til egen skjebne.

Rettferdighetsprinsippet er også sannsynligvis brutt, idet massiv bruk av tvang vil kreve enormt med ressurser. Det trengs mye personale på jobb for å utføre skjerming og kontinuerlig observasjon, uten at det nødvendigvis synes å være rettferdiggjort ut fra hva som kan skje dersom pasienten blir gitt mer kontroll.

5.2.7: Oppsummering

Kort oppsummert, avdekker drøftingen altså følgende:

1. Handlingsalternativ 1: Å la pasienten selvskade, vil sannsynligvis bryte med to prinsipper; velgjørenhet og ikke-skade. Prinsippene om autonomi og rettferdighet synes i større grad ivaretatt. Men dette medfører sannsynligvis også en uforholdsmessig stor belastning på personale og pårørende, samt at det sannsynligvis medfører en høyere risiko for alvorlige konsekvenser som varig skade og død. Juridisk kan det forsvares, det kan kanskje også til en viss grad la seg forsvare av Etiske regler for leger.
2. Handlingsalternativ 2: Å la pasienten selvskade frem til en bestemt grense, ser ikke ut til å bryte direkte noen av prinsippene, selv om man kan diskutere hvorvidt samtlige er tilfredsstillende ivaretatt. Men det er store utfordringer ved den praktiske gjennomføringen, og det vil kunne medføre stor grad av slitasje på personalet som vil måtte være til stede og observere selvskadingen uten å bryte inn. Dette er handlingsalternativet som best lar seg forsvare juridisk og etter Etiske regler for leger.

3. Handlingsalternativ 3: Å ikke la pasienten selvskade, men stoppe henne med tvang, ser ut til i hvert fall å bryte prinsippet om autonomi og rettferdighet. Samtidig er prinsippene om velgjørenhet og å ikke-skade usikkert ivaretatt og mest sannsynlig brutt. Mest alvorlig er bruddet på prinsippet om autonomi, som er fullstendig og totalt. Juridisk er det vanskeligere å forsvare en så utstrakt tvangsbruk og siden det bryter så fullstendig med prinsippet om autonomi er det også vanskelig å forsvare etisk.

6.0: Konklusjon

Å forholde seg til selvskading byr på utfordringer av både juridisk, etisk og mellommenneskelig art. Det er en delikat balanse mellom det nærmest ukrenkelige etiske prinsipp om pasientens autonomi på den ene siden, og frykten for at pasienten skal skade seg alvorlig og kanskje sågar dø på den andre.

I oppgaven har jeg redegjort for hva selvskading er og ikke er, i tillegg til å belyse de juridiske og etiske sidene ved ulike mulige handlingsalternativ - uten å ha kommet frem til en endelig konklusjon om hvordan man best skal forholde seg til selvskading.

Det er likevel av ytterste viktighet å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett så langt som mulig i det som gjelder en så viktig del av hennes liv, og så langt som mulig legge forholdene til rette for et samarbeid med pasienten. Det begynner med måten pasienten blir møtt på. Det er fort gjort, og også menneskelig å møte selvskaderen med sinne, frykt, frustrasjon og avsky siden det er et problem vi kanskje ikke helt forstår. Men generelt bør alle som jobber med selvskadende ungdom, enten det er en fastlege i førstelinjetjenesten, en turnuskandidat i et akuttmottak eller en psykiater i spesialhelsetjenesten, møte pasienten med respekt, vennlighet, verdighet, interesse og forståelse. Å få pasienten til å føle seg avvist er en direkte uetisk handling. Man bør undersøke om pasientene har et behandlingstilbud, og dersom så ikke er tilfelle, legge til rette for at det kan opprettes ved å tilby at man i alle fall kan sende en henvisning til rette instans. Dersom pasienten ikke er interessert, bør hennes avgjørelse respekteres.

Man bør handle med et varmt hjerte og et klart hode i møte med en selvskader, og huske at for de aller fleste går det bra til slutt. Men de det til slutt ikke går bra med, skal ha hatt et verdig liv frem til det i verste fall ble avsluttet. Å bidra til dette kan være den viktigste oppgaven for helsepersonell i så måte.

Kilder og litteratur

- 1:** Thorsen GRB: Selvskading og selvmord... ingen selvfølge. *Suicidologi* 2006, 1: 5-9.
- 2:** Øverland S. *Selvskading. En praktisk tilnærming*. 2. opplag. ISBN 978-82-450-0423-6, Fagbokforlaget, Bergen 2008
- 3:** Ystgaard M.: Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi* 2003,2: 7-9.
- 4:** Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, Wilde, EJ, De Leo D, Fekete S: Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence* 2009, 32: 875-891
- 5:** Urnes Ø: Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009, 129:872-6
- 6:** World Health Organization: ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*, 14. opplag. ISBN 978-82-00-45067-2, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2009
- 7:** Sommerfeldt B, Skårderud F: Hva er selvskading? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009, 129: 754-8.
- 8:** Mehlum L, Holseth K: Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009, 129:759-62
- 9:** Skårderud f: Å slå seg til ro / Selvskading. In: *Uro. En reise i det moderne selvet*. 5. opplag. ISBN 82-03-26045-4, Aschehoug Forlag, Oslo 1999, pp 292-304.
- 10:** Arnold L, Magill A: *Arbeid med selvskading*. 2. opplag. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger 2005.
- 11:** Hawton KKE, Townsend E, Arensman E et al: Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm (Review). *The Cochrane Collaboration* 2009, Issue 1
- 12:** Omdal, Jan Terje. Fagleder TMA ved Stavanger Universitetssykehus og prosjektleder. Telefonsamtale 20.februar 2011, telefon 901 52 509
- 13:** Ribe K: Legen som skalv på hendene mens han sydde. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009, 129: 780.
- 14:** L02.07.1999 nr. 64 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). Vedlegg 1 In: Rognum TO, *Lærebok i Rettsmedisin*. 2. utgave. ISBN 978-82-05-33497-7, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2010, pp 437-51.
- 15:** L02.07.1999 nr 63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). Vedlegg 1 in: Rognum TO, *Lærebok i Retts medisin*. 2. utgave. ISBN 978-82-05-33497-7, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2010, pp 452-61.
- 16:** LOV-1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). [www.lovdata.no](http://lovdata.no) URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>
- 17:** Etiske regler for leger. Vedlegg 2 in: Rognum TO, *Lærebok i Retts medisin*. 2. utgave. ISBN 978-82-05-33497-7, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2010, pp 462-65.
- 18:** Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH: *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. 2. opplag. ISBN 82-417-1067-4, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004.
- 19:** Furulund OKH, Langberg H, Wiik-Larsen E, Rustad D: Bør en ikke-samtykkekompetent pasient få dialyse mot sin vilje? *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 2, 2011; 131: 144-7

20: Markestad, T. Leder for Legeforeningens etiske komité. Telefonsamtale 1. mars 2011, telefon 971 14 143.