

KAN MAN FORSVARE SELMORD?

EN DISKUSJON OM RASJONELLE SELVMORD I PSYKISK HELSEVERN



3. FEBRUAR 2017

STIAN DUNSETH
UNIVERSITETET I OSLO

Innhold

	Side
Kapittel 1	
Problemstilling	3
Introduksjon	3
Metode	4
Kapittel 2	
Om selvmord	5
Vurdering av selvmordsrisiko	9
Kapittel 3	
Aktuelle verdier og prinsipper	10
Aktuelt lovverk	12
Pasient- og brukerrettighetsloven	13
Psykisk helsevernloven	13
Kapittel 4	
Selvord alvorlig sinnslidelse?	16
Filosofiske perspektiver på selvmord	19
Autonomi og selvmord	20
Psykiatriske pasienter kan være rasjonelle	22
Utfordrende aspekter på selvmord	23
Døden	24
Kapittel 5	
Avslutning	26

Kapittel 1

Problemstilling

Finnes det tilfeller hvor selvmord kan forsvares? Er selvmord alltid et uttrykk for en alvorlig sinnslidelse? Kan selvmord være rasjonelle, det vil si genuine uttrykk for personens egenvilje, og bør derved et selvmord kunne respekteres? Med utgangspunkt i dagens norske juridiske regelverk vil jeg diskutere om det kan være tilfeller hvor det bør anvendes mindre tvang ovenfor suicidale pasienter som er underlagt psykisk helsevern.

Introduksjon

Selvord er på mange måter en tragisk affære, tyngt av en rekke forståelige og mindre forståelige komponenter. Det faktum at en person ønsker å avslutte sitt eget liv, blir av mange sett på som en totalt irrasjonell og uforståelig eller meningsløs handling. På den annen side kan det også være tilfeller hvor et slikt ønske blir møtt med forståelse og respekt. Med «rasjonelle selvmord» legger man til grunn et syn om at selvmordet kan være resultat av en selvstendig, veloverveid beslutning der vedkommende er i stand til å se konsekvensene av sine valg og ta et såkalt rasjonelt valg, med bakgrunn i beslutningskompetanse. Tradisjonelt sett rår det en ulik tilnærming til rasjonaliteten ved selvmord avhengig av om personen er underlagt psykisk helsevern eller ikke. I denne oppgaven tar jeg et opprør med dette tradisjonelle synet, at selvmord alltid skal være uttrykk for en forstyrrelse av sinnet, et sykt sinn.

Det virker som at psykisk syke pasienter i større grad enn andre grupper av pasienter møter mangel på respekt og fordommer. De kan møte kategoriske eller fordømmende forklaringer på deres valg og tankemønstre. For meg er det viktig at pasienter blir møtt med respekt. Mitt fokus i denne oppgaven er derfor å sette søkelys på pasienter underlagt psykisk helsevern som ønsker å ta sitt eget liv. Jeg vil diskutere deres rett til autonomi og evne til å ta rasjonelle og selvbestemte valg og være det vi kaller beslutningskompetente. Slik vil jeg forsøke å skape en bredere forståelse for disse pasientenes tanker, erfaringer og livsvalg.

Min intensjon er å diskutere dette på en kritisk, saklig, ærlig, ikke fordomsfull og nyansert måte. Det er viktig for meg å presisere at personlig ser jeg på selvmord som en forferdelig tragisk hendelse. Min hensikt er på ingen måte gjøre det enklere for folk flest å begå selvmord. Jeg brenner for selvmordsforebyggende arbeid og støtter fullt ut at helsevesenet kan gripe inn, i enkelte tilfeller med tvang, for å redde en suicidal person. Samtidig ønsker jeg å belyse tilfeller som faller i gråsonen av regelverket, tilfeller uten en selvsagt fasit hvor viktige oppveininger må tas. Hva slags liv er det vi egentlig redder en suicidal pasient til? Kjenner vi godt nok til de bakenforliggende årsaker som fremmer et ønske om å begå selvmord? Bør enkelte pasienter under psykisk helsevern forsvares når det kommer til deres egne beslutning om at nok er nok?

Aller først tar jeg for meg selvmord som tema. Jeg vil presentere statistikk og juridisk tilnæringspraksis i Norge sammenliknet med andre nordiske land. Tidlig i oppgaven redegjør jeg for sentrale verdier og prinsipper som er nyttig å ha kjennskap til i møte med resten av oppgaveteksten. Det norske lovverket åpner for bruk av tvang ovenfor suicidale pasienter, og ett av kriteriene er tilstedeværelsen av en «alvorlig sinnslidelse». Er selvmord alltid uttrykk for en alvorlig sinnslidelse? Senere går jeg nærmere inn på autonomi og spørsmålet om selvmord kan være rasjonelle, det vil si et klart og tydelig uttrykk for personens egenvilje og kanskje derved bør respekteres. Jeg vil også trekke frem forskjellige filosofers syn på dette og undersøke om psykiatriske personer kan være rasjonelle. Avslutningsvis vil jeg diskutere noen ulike tanker omkring døden. Skal døden alltid unngås for enhver pris?

Metode

Ferdigstillingen av denne oppgaven er gjort gjennom en prosess av informasjonsheiting, samtale, diskusjon og resonnering. Jeg har innhentet informasjon fra bøker, tidsskrifter, ulike nettsider og medisinske databaser som PubMed, Stanford Encyclopedia of Philosophy og helsebiblioteket. «Suicide», «rational suicide» og «suicide psychiatry» er eksempler på søkeord jeg har benyttet i mine litteratursøk. Rent analytisk vil jeg bruke en metode i filosofien utviklet av den amerikanske filosofen John Rawls som benevnes som «reflective

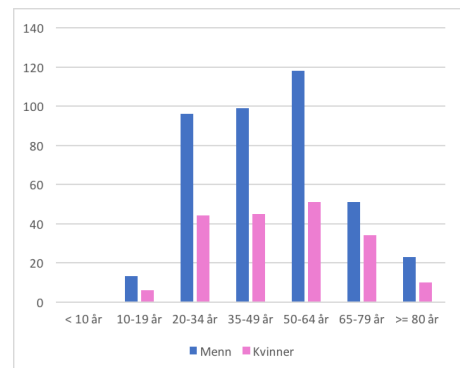
equilibrium» og blir fremstilt i hans verk *A Theory of Justice* (1971). Tanken i denne analyseformen er å diskutere egen forståelse og antakelser, det filosofer ofte kaller intuisjoner mot relevante teorier, prinsipper og lovverk på den ene siden og aktuell litteratur i empirisk og anvendt etikk på den andre siden for å komme frem til et balansert og rimelig standpunkt som avveier ulike interesser.¹ Diskusjonskapittelet (kapittel 4) vil derfor prøve å teste mine antakelser om rasjonelle selvmord og deres legitimitet opp mot relevante etiske prinsipper, det aktuelle lovverket og det som finnes av aktuelle filosofers diskusjoner og empirisk forskning på området.

Kapittel 2

Om selvmord

Selvmord defineres av WHO som en bevisst handling for å ta sitt eget liv.² Statistikk fra 2015 viser at det forekom 590 selvmord i Norge dette året. Av disse var 400 menn og 190 kvinner. Årlig skjer det omtrentlig 550 selvmord i Norge, og dette tallet har vært stabilt de siste 20 årene.

Fordelingen av selvmord etter aldersgrupper er stort sett stabil hvert år, og er nokså lik for begge kjønn. Det foregår flest selvmord aldersspennet 20-64 år, med en topp i aldersgruppen 50-64 år (se figur 1).³ Den norske selvmordsraten ligger på samme nivå som i Sverige og Danmark, mens Finland har en betydelig høyere rate.⁴



Figur 1: Selvmord i Norge (2015). Kilde: NSSF.

¹ Reflective Equilibrium. Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2003. [Hentet: 03.02.17 kl. 04:30], tilgjengelig fra: <https://plato.stanford.edu/entries/reflective-equilibrium/>

² WHO. Suicide. [Internett]. WHO; 2017. [Hentet: 13.01.16 kl. 12:00], tilgjengelig fra: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

³ Nasjonalt senter for selvmordsforskning –og forebygging (NSSF). Fakta om selvmord: NSSF; 2016. [Hentet: 13.02.16 kl. 12:17], tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvmord-2016.pdf>

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet: Oslo; 2008. Side 7.

Folkehelseinstituttet fremstiller beregninger som viser at helsetjenesten behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk hvert år. Som regel kan det antas å være om lag 10 selvmordsforsøk for hvert selvmord. Av de som tar selvmord har over 80 % vært i kontakt med allmennlege siste året, og opptil 66 % i løpet av siste måned.⁵ Dette viser at en relativt stor andel av de som prøver å ta sitt liv kanskje egentlig ikke nødvendigvis ønsker å dø. Det foreligger en intensjon om å dø ved et selvmordsforsøk, selv om intensjonen kan variere i styrke.⁶ Det kan i mange tilfeller være et rop om hjelp i en vanskelig livssituasjon. Jeg kommer tilbake til ulike årsaker knyttet til suicidal atferd litt lenger ned i teksten. Videre betyr dette at de fleste leger i klinisk arbeid vil måtte forholde seg til et spekter av suicidale pasienter, med hver sin alvorlighetsgrad av reell suicidrisiko, årsaksforklaring og unike historie. Dette illustrerer viktigheten av en bevisstgjøring omkring temaet og behovet for fornuftige retningslinjer.

For å få forstå mer av hvem som begår selvmord er det nødvendig å se nærmere på risikofaktorer og årsaker knyttet til suicidal atferd. I hovedsak kan disse inndeles etter psykiske, biologiske og sosiale faktorer.

Pasienter med psykiske lidelser har høyere selvmordsrisiko enn befolkningen forøvrig, men psykisk lidelse er sjelden alene årsaken til selvmord.⁵ De vanligste psykiske lidelsene som medfører økt selvmordsrisiko er depresjoner, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, angstlidelser og spiseforstyrrelser.⁷ Omkring 25 % av selvmordene er pasienter som er eller

⁵ Folkehelseinstituttet (FHI). Selvmord og selvmordsforsøk: faktaark med helsestatistikk. FHI; 2015. [Hentet: 19.01.16 kl. 03:50], tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok---fakta/>

⁶ Folkehelseinstituttet (FHI). Selvmord og selvmordsforsøk i Norge. FHI; 2015. [Hentet: 25.01.17 kl. 18:30], tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/selvord-og-selvordsforsok-i-norge/>

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 763-765.

har vært innlagt i det psykiske helsevern de siste tre årene.⁴ Det er likevel viktig å få frem at det kun er en svært liten andel av mennesker med psykiske lidelser som tar sitt eget liv.⁵

Sosiale faktorer som spiller inn på selvmordsrisikoen er mange og ofte sammensatte. Noe som ofte går igjen er kriser og relasjonsproblemer. Også belastninger knyttet til seksuell legning, overgrep, vold, mobbing, arbeidsledighet, økonomiske problemer og dårlig sosialt nettverk er viktige å nevne.⁸ En doktorgradsavhandling fra Psykologisk Institutt publisert i bladet *Suicidologi* (2001) viser at selvmordsforsøk ikke bare knyttes opp mot en håpløs livssituasjon, men også til sviktende problemløsningsevne. Liten tiltro til egen problemløsningsevne og mestringsforventning er en viktig prediktor for gjentakelse av selvmordsforsøk.⁹

Biologiske faktorer assosiert med regulering av affekter, kognisjoner og atferd spiller en viktig rolle som kartlegging av årsaker til selvmord. Disse faktorene gjelder også på tvers av diagnosegrupper. Reguleringen av impulsiv-aggressiv atferd er en sentral faktor, og reguleringssvikten av denne er vist å ha sammenheng med genetiske og miljømessige forhold, samt samspillet mellom disse.⁷ Lav serotonin-omsetning i hjernen er også satt i sammenheng med slik atferd.⁸ Kroppslig sykdom kan også gi utslag i økt selvmordsrisiko, spesielt pasienter med nevrologiske sykdommer med gradvis og langsom utvikling av

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet: Oslo; 2008. Side 7.

⁵ Folkehelseinstituttet (FHI). Selvmord og selvmordsforsøk: faktaark med helsestatistikk. FHI; 2015. [Hentet: 19.01.16 kl. 03:50], tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordforsok---fakta/>

⁸ Store medisinske leksikon. Selvmord. [Hentet: 19.01.17 kl. 05:37], tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/selvord>

⁹ Dieserud G. Doktoravhandling om selvmordsforsøk i et problemløsningsperspektiv.

Suicidologi (elektronisk tidsskrift). Vol 6, nr. 1 (2001). [Hentet: 25.01.17 kl. 00:30], tilgjengelig fra: <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/1401/1303>

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 767.

degenerative kroppslige symptomer, men bevarte kognitive evner. Kroniske smertetilstander kan også innebære økt risiko for selvmord.⁵

En forståelsesmodell for suicidal atferd er psykodynamisk dynamikk. Denne teorien tar for seg hvordan tanker og beslutning om selvmord i stor grad er påvirket av bevisste og ubevisste motiver. Den er et forsøk på å beskrive den enkeltes motiver for selvmordshandlinger. Det legges stor vekt på utviklingsforhold i barndommen, fantasier og tap av relasjoner og skuffelser gjennom livet.⁷ Det er ingen tvil om at årsakene til selvmord er sammensatte og kompliserte, og mange ulike forhold kan ha betydning. Professor og senterleder ved NSSF, Lars Mehlum, lister opp sentrale faktorer ved selvmordsrisiko slik:¹⁰

- Tidligere selvmordsforsøk
- Alvorlig depresjon eller annen alvorlig psykisk lidelse (særlig psykose)
- Misbruker rusmidler
- Sosialt isolert eller ensom (for eksempel bor alene, er arbeidsløs, enkemann, etc.)
- Alvorlig somatisk lidelse (kroniske smerter, tap av funksjoner)
- Nylig opplevd tap av en viktig relasjon eller annen hendelse som krenker selvfølelsen
- Mangel på «sperrer» mot selvmord i form av tabuer, bindinger til mennesker eller idealer

I 1994 ble det vedtatt et «Nasjonalt Program for Forebygging av Selvmord i Norge» rettet mot helsetjenesten. Siden den tid har det dukket opp en rekke nye planer og tiltak med en felles overordnet målsetning om å redusere selvmordsraten og styrking av helsevesenets kompetanse og tilbud til selvmordsnære pasienter. I Januar 2008 utga Sosial- og helsedirektoratet «Nasjonale Retningslinjer for Forebygging av Selvmord i Psykisk Helsevern» som lenge hadde vært etterlyst. Disse retningslinjene legger til grunn at det er et helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk

⁵ Folkehelseinstituttet (FHI). Selvmord og selvmordsforsøk: faktaark med helsestatistikk. FHI; 2015. [Hentet: 19.01.16 kl. 03:50], tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---fakta/>

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 767.

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter (prosjektoppgave). Oslo: UiO; 2009. Side 3.

helsevern.⁴ På mange måter er dette et flott tiltak, naturligvis ønsker et helsevesen at færrest mulig begår selvmord eller forsøk på dette. Men slike retningslinjer kan også medføre noen mindre iaktatte problemstillinger. Kan utgivelse av stadig nye retningslinjer frarøve helsepersonellens evne til å se selve pasienten bak den overveldende veggen av forpliktelser knyttet til rutinemessige oppgaver? Blir det mindre tid avsatt til å bli godt kjent med pasienten og dens ofte kompliserte forhistorie? Disse spørsmålene kommer jeg nærmere inn på senere i oppgaven, men først skal jeg se nærmere på hva som inngår i en vurdering av selvmordsrisiko.

Vurdering av selvmordsrisiko

Selvmordsrisiko defineres av Sosial- og helsedirektoratet som en «risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon» (Nasjonale Retningslinjer for Forebygging av Selvmord i Psykisk Helsevern, 2008).⁴ «Vurdering av selvmordsfare er en av de vanskeligste oppgaver innen medisin og psykiatri. Selv erfarne fagfolk kan oppleve at en pasient tar sitt eget liv i tilfeller hvor man har vurdert selvmordsfaren som liten.» (Retterstøl, 2006).¹¹ Det er vanskelig, om ikke umulig å skulle forutsi selvmord i enkelttilfeller med sikkerhet. Tilfeller som viker fra de mest kjente risikofaktorene som ble nevnt tidligere, vil alltid kunne inntreffe. Likevel er det utarbeidet metoder helsepersonell kan nytte seg av for å skille mellom de som vipper på kanten av stupet og de som befinner seg litt lenger unna kanten.⁷

Vurdering av selvmordsrisiko omfatter av definisjonen både person, situasjon og tidsperiode. Det finnes en rekke kartleggingsinstrumenter eller skjemaer til utfylling som kan være

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, side 8.

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, side 14.

¹¹ Skogen E. Et tilbakeblikk på selvmordsforebyggende arbeid. Suicidologi (elektronisk tidsskrift). Årgang 11, nr. 1 (2006). [Hentet: 25.01.17 kl. 19:00], tilgjengelig fra:

<https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/2322/2186>

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 769.

nyttige verktøy for vurdering av selvmordsrisiko. Suicide Status Form (SSF) og Becks skala for selvmordstanker (BSS), Becks håpløshetsskala (BHS) og Becks skala for suicidal hensikt (SIS) er eksempler på skjemaer som er brukt med god erfaring i Norge. Likevel er det kliniske intervju, vurderingssamtalen, ansett som gullstandarden i vurdering av selvmordsrisiko.⁷ I vurderingssamtalen må det kartlegges hvorvidt pasienten har selvmordstanker og eventuelle selvmordsplaner og selvmordsforsøk. Detaljene av hva som bør inngå i vurderingssamtalen er mange, men jeg skal ikke gå dypere inn i dette. Poenget er å innhente tilstrekkelig informasjon til å anslå selvmordsrisikoen som *lav*, *moderat* eller *høy* for en nærmere angitt situasjon og periode.

Kapittel 3

Aktuelle verdier og prinsipper

Det er flere etiske prinsipper som er relevante når man skal diskutere selvmord som tema. Prinsippene autonomi, velgjørenhet og ikke-skade prinsippet er således sentrale. Siden disse prinsippene blir brukt og referert til senere i oppgavens diskusjonsdel, er det hensiktsmessig å gi en kort innføring i hva disse prinsippene innebærer allerede nå. Det samme gjelder vedrørende begrepet samtykkekompetanse som jeg gjentatte ganger kommer tilbake til videre i oppgaven.

Autonomi er et etisk prinsipp som i moralfilosofien handler om en persons evne til selv å bestemme egne handlinger og grunnlaget for handlingene. Ordet autonomi stammer fra gresk *autos* («selv») og *nomos* («lov», «styre»), og betyr i norsk oversatt betydning altså «selvstyre».¹² Det handler om å bestemme over seg selv og sine egne beslutninger. En

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 769.

¹² Store norske leksikon. Autonomi. [Hentet: 01.02.17 kl. 02:35], tilgjengelig fra: <https://snl.no/autonomi>

autonom person er således i stand til å styre sine egne tanker. Som prinsipp har autonomi en fundamental plass i dagens rettsstater, inkludert Norge.¹⁰

Betydningen av velgjørenhetsprinsippet ligger egentlig i ordet i seg selv; det handler om ønsket om å gjøre andre vel, om å hjelpe andre. I legeyrket ser man det nedfelt i tanken om at legen skal handle i pasientens beste interesse. Dette betyr å fremme helse, behandle eller lindre ut fra faglig kunnskap om diagnose og prognose, samt innsikt i pasientens livskvalitet, og pasientens og familiens preferanser i hensyn til behandling. Hva som innebær å gjøre vel mot andre kan variere ut ifra hvilket synspunkt man ser hver enkelt situasjon ifra.

Intensjonen om å gjøre godt kan være tilstede selv om nytteeffekten til syvende og sist viser seg å ikke være det beste likevel. Derfor er det viktig å vite at det man gjør ovenfor andre faktisk hjelper dem.¹³

Å ikke-skade er en verdi som alltid har stått høyt innen helsevesenets og legens yrkesutøvelse. Det er en forpliktelse for alle mennesker å handle i overenstemmelse med dette prinsippet. Forståelsen av hva det vil si å skade andre kan være vid, det behøver ikke nødvendigvis å være fysisk eller synlig skade, det kan også omfatte menneskets indre og det å gjøre ting verre enn det var.¹⁰ Med henblikk på suicidalitet og selvmordsrisiko vil ikke-skade prinsippet stå sterkt. En lege som lar pasienten ta sitt liv, vil kunne si å indirekte bryte ikke-skade prinsippet. Indirekte vil personen også her påføre andre mennesker og berørte parter skade. Dette kommer jeg tilbake til.

Samtykkekompetanse er et begrep som innebærer at man er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene man tar med bakgrunn i relevant informasjon som en person har forstått og bearbeidet. I situasjoner hvor det blir presentert valgmuligheter vil et samtykkekompetent individ inneha kompetansen til å foreta en selvstendig beslutning basert på en genuin egenvilje vedrørende samtykket/beslutningens omfang. Ulike faktorer

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter. 2009. Side 12.

¹³ Larsen K, Pedersen R. Selvmord og etikk (kapittel i bok under publisering). Side 13.

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter (prosjektoppgave). Oslo: UiO; 2009. Side 17.

kan bidra til at en person ikke er i stand til å være samtykkekompetent, eksempler kan være alder, fysiske og psykiske forstyrrelser.¹⁴

Aktuelt lovverk

Historisk sett har selvmordshandlinger og ønsker vært et veldig tabubelagt område i vestlige kulturer, også i Norge. I Magnus Lagabøtes landslov fra 1274 ble selvmord regnet som en av de verste forbrytelser, såkalt «ubotamål» (= den syns det ikke kan gjøres bot for).¹³ Selvmord var forbudt og selvmordsforsøk var straffbart. Straffeloven av 1902 opphevet disse forbudene.¹⁵ Ved samme lov ble også forbudet om prestens avholdelse av likpreken ovenfor selvmordere opphevet.¹⁶ I dag er ikke selvmord eller selvmordsforsøk i seg selv ulovlig, men å bistå andre med å begå selvmord er derimot straffbart.¹⁷ Individet har altså rett til å ta sitt eget liv i Norge. Samtidig har psykiske helsetjenester fått en sentral oppgave i å forhindre og forebygge selvmord her i landet.

Dersom pasienten har høy grad av suicidrisiko, vil innleggelse i sykehus ofte være påkrevd. En slikt tiltak kommer klart inn under bestemmelsen om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven §7 der hovedvilkåret er at helsehjelp er *påtrengende nødvendig*, det vil si at det er stor og nærliggende fare for død eller alvorlig helse og funksjonssvikt.¹⁸ Ved vedvarende høy suicidrisiko eller gjentatte selvmordsforsøk er det vanlig å innlegge

¹⁴ Helsekompetanse. Samtykke. (Internett). [Hentet: 03.02.17 kl. 07:35], tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/43074>

¹³ Larsen K, Pedersen R. Selvmord og etikk (kapittel i upublisert bok). Side 8.

¹⁵ Wikipedia. Selvmord. (Internett). [Hentet: 25.01.17 kl. 19:10], tilgjengelig fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Selvmord>

¹⁶ Krokolines nye verden. Selvmord i et historisk perspektiv - i Norge. (Internett). [Hentet: 25.01.17 kl. 19:00], tilgjengelig fra: <https://krokolinesdotcom.wordpress.com/2011/01/01/selvmord-i-et-historisk-perspektiv-i-norge/>

¹⁷ Helmikstøl Ø. Hva er galt med selvmord? Tidsskrift for Norsk Psykologiforening (elektronisk artikkel). 2014, nummer 3. [Hentet: 01.02.17 kl. 01:00]; Vol 51: 235 sider. Tilgjengelig fra: http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=418001&a=3

¹⁸ Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr. 64.

pasienter ved psykiatrisk sykehus.⁷ I Norge har vi to relevante lovverk; *pasient- og brukerrettighetsloven*, som gjelder både for somatikk og psykisk helsevern, og *psykisk helsevernloven* som unikt tar for seg behandling og bestemmelser under psykisk helsevern. Det er interessante forskjeller i disse to lovverkene når det gjelder muligheten til å overstyrer pasientens eget ønske og om vilkårene for bruken av tvang.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Denne lovens formål er i korte trekk å gi befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet og bevare brukernes rettigheter i møte med helsepersonell.¹⁹ I lovens fjerde kapittel beskrives hovedregelen om at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke.²⁰ Men i §4A blir det redegjort for tilfeller hvor det er hjemmel for bruk av tvang. Forutsetningene er at pasienten ikke er samtykkekompetent, og at tvangsbruken er av hensyn til pasienten selv, ikke av hensyn til en tredje part (eksempelvis andre pasienter, pårørende eller helsepersonell).²⁰ Reguleringen av tvangsbruk avhenger altså av om personen er samtykkekompetent eller ikke, det vil si en persons evne til å utrykke sin kompetente egenvilje. I tillegg skal alle tillitsskapende tiltak være prøvd og et vilkår er at pasienten skal opprettholde sin motstand mot helsehjelpen. Sentralt er også at det skal være stor fare for alvorlig helseskade før tvangsbruk skal kunne godtgjøres.

Psykisk helsevernloven

Når en pasient er underlagt psykisk helsevernloven, er bestemmelsene annerledes enn i pasient- og brukerrettighetsloven. Helsevesenet blir tildelt mer juridisk makt på flere punkter. Først og fremst skal innleggelse som en hovedregel skje med den sykes samtykke,

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 772.

¹⁹ Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven. Helsedirektoratet; 2017. [Hentet: 25.01.16 kl. 22:45], tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven#formålet-med-pasient--og-brukerrettighetsloven>

²⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr. 63.

jf. §2-1 i psykisk helsevernloven.²¹ Dersom dette ikke er mulig, kan innleggelse skje ved tvang etter vilkårene som er beskrevet i §3-3 i samme lov. Disse vilkårene er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse" og at innleggelse er nødvendig for hindre at pasienten på grunn av sinnslidelsen enten a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fortid får sin tilstand vesentlig forverret, eller b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse.²¹ Til forskjell fra pasient- og brukerrettighetsloven, kan man altså med hjemmel i psykisk helsevernloven anvende tvang ovenfor pasienter som er samtykkekompetente så lenge det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Bestemmelsen av tvang er i psykisk helsevern underlagt kriteriet om alvorlig sinnslidelse og ikke regulert av evnen til samtykke. Man kan også bruke tvang av hensyn til om pasienten utgjør en fare for andre enn seg selv. Jeg ser det som fornuftig og viktig at helsevesenet har et større hjemmelsgrunnlag til å tvinge gjennom beslutninger til pasientens beste i psykisk helsevern enn i somatikken. Pasientgruppen psykisk lidende er stor, og mange av disse pasientene kan befinne seg i tilstander som krever at helsevesenet bør kunne gripe inn. Når det gjelder høyrisiko suicidale pasienter er det delte meninger om hvorvidt disse oppfyller vilkåret om alvorlig sinnslidelse eller ikke. Denne diskusjonen går jeg nærmere inn på i kapittel 4.

Videre i §3-3 står det at selv om lovens vilkår er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig stor vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.²¹ Betyr dette at diskusjonen om suicidale pasienter er alvorlig sinnslidende eller ikke, er irrelevant? Et selvmord utgjør strengt talt ingen alvorlig fare for andres liv eller helse? Kan det tenkes at på bakgrunn av en slik helhetsvurdering, at enkelte suicidale pasienter bør slippe tvangsbruk, selv om dette kanskje, og gjerne sannsynligvis, medfører at de begår selvmord i nær fremtid? Dette er påstander som kan virke noe radikale ved første øyekast. Samtidig er det flere etiske

²¹ Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999-07-02 nr. 62.

prinsipper og viktige faktorer som fortjener oppmerksomhet i slike problemstillinger. Hvor sterkt står prinsippet om autonomi i helhetsvurderingen? Hvilken livskvalitet er det pasienten eventuelt blir tvunget til å leve i? Dette vil jeg diskutere nærmere i kapittel 4.

Dersom undersøkende lege er i tvil hvorvidt vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, åpner §3-2 i psykisk helsevernloven for såkalt tvungen observasjon hvor pasienten blir nærmere undersøkt på godkjent institusjon i inntil 10 dager. Eventuell overføring til tvungent psykisk helsevern etter §3-3 i samme lov må da skje før eller ved utløpet av disse 10 dagene.^{7 21}

Regjeringen utnevnte i 2010 et lovutvalg som skulle utrede og vurdere bestemmelser om tvang innen psykisk helsevern. Bakgrunnen var at de ønsket å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Utvalget ble ledet av advokat Kari Paulsrud og fikk derfor navnet Paulsrud-utvalget.²² Av resultatet fra utredningen som ble frigitt i 2011 uttrykkes det forslag som styrker pasientens selvbestemmelse i psykisk helsevern. Det blir blant annet foreslått innføring av et krav om antatt samtykke som vilkår for tvang der pasienten mangler beslutningskompetanse. De ønsker også å gå bort fra ordet «samtykkekompetanse» og isteden bruke «beslutningskompetanse» for å synliggjøre at pasientens selvbestemmelsesrett ikke bare omfatter det å samtykke, men også det å nekte. De ønsker også å forkorte varigheten på tvungen observasjon fra 10 til 3 dager. Videre foreslår utvalget at det ikke kan anvendes tvang ovenfor mennesker med beslutningskompetanse. Unntaket er ved selvmordsfare, her foreslår de en videreføring av hovedvilkåret og farekriteriet jf. §3-3 i psykisk helsepersonelloven for å kunne bruke tvang, og ikke la spørsmålet om kompetanse være avgjørende.²³ I 2016 kom et nytt lovforslag som foreslår at flere av Paulus-

⁷ Malt U, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (red). Lærebok i psykiatri. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. Side 773.

²¹ Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999-07-02 nr. 62.

²² Regjeringen. Paulsrud-utvalget. Helse- og omsorgsdepartementet. [Hentet: 03.02.17 kl. 08:45], tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/paulsrud-utvalget/id612314/>

²³ NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Paulsrud-utvalget; 2011.

utvalgets forslag følges opp. Det kommer tydelig frem at de ønsker et tettere samarbeid mellom pasient og behandler, og at pasienter får rett til å evaluere bruken av tvang i etterkant sammen med behandler. De foreslår også at pasienter som er samtykkekompetente får rett til å avslutte behandling eller nekte å ta i mot behandling, men igjen er unntaket alvorlig selvmordsfare.²⁴

Kapittel 4

Selv mord alvorlig sinnslidelse?

Hovedvilkåret for tvangshjemmel i psykisk helsevernloven §3-3 er at pasienten vurderes til å ha en alvorlig sinnslidelse. Et sentralt spørsmål blir dermed hvordan begrepet om alvorlig sinnslidelse skal tolkes. I regjeringens rundskriv med merknader til psykisk helsevernloven er begrepet beskrevet slik: «Alvorlig sinnslidelse er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Som tilfellet er i dag, er det i utgangspunktet slik at hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse har nær tilknytning til psykosene. Alvorlig sinnslidelse skal imidlertid ikke være avgrenset til bare å omfatte tilstander av psykose, idet man har ment å opprettholde den tidligere rettstilstand hvor enkelte andre tilstander enn psykoser skal kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Når det gjelder hvilke grensetilfeller i tillegg til psykosene som kan komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse, vil man stå overfor en helhetsvurdering.» (Rundskriv 1-10/2001)²⁵. En annen forklaring på begrepet er gitt av Syse i hans kommentarutgave av psykisk helsevernloven: «Noe enkelt sagt, men relativt godt dekkende, omfatter begrepet alvorlig sinnslidelse» klare, aktive psykoser samt visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som

²⁴ Regjeringen. Styrker pasientens rettigheter ved tvangsbruk. Oslo; 2016. [Hentet: 03.02.17 kl. 18:20], tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/styrker-pasientens-rettigheter-ved-tvangsbruk/id2505053/>

²⁵ Regjeringen, Rundskriv 1-10/2001. Del 3 Merknader til loven. Helse- og omsorgsdepartementet. [Hentet: 31.01.17 kl. 19:30], tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/rundskriv/2001/i-102001/3/id279169/>

den man ser ved psykoser.» (Syse, 2016).²⁶ Både regjeringen og Syses tolkninger av begrepet alvorlig sinnslidelse er basert på og modifisert etter rettspraksis satt av Høyesterett.

Gjennom årenes løp har ulike aspekter vedrørende oppfyllelsen av hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse vært i rettssaker. Flere av sakene er av såpass ulik karakter at de setter alvorlig sinnslidelse som begrep på strekk i forskjellige retninger. Begrepet alvorlig sinnslidelse har derfor ingen klar, manifest definisjon. I hovedsak omfatter begrepet psykoser og andre tilstander som gir tilsvarende funksjonssvikt. Med andre ord, det er rom for skjønn i vurderingen av hvert enkelt tilfelle.

Selvordsforsøk er, som tidligere nevnt, en kjent årsak til innleggelse i psykiatrisk sykehus. Dersom pasienten har psykotiske symptomer sammen med selvmordstanker, er det etter gjeldende lovverk ingen tvil om hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse i phvl §3-3 er oppfylt. Samtidig vil noen gjerne mene at personer med tunge psykiatriske diagnoser, for eksempel depresjoner, tross alt bør ansees å være rasjonelle og ikke nødvendigvis bør falle under kategorien alvorlig sinnslidende. Dette er en diskusjon jeg kommer tilbake til senere i dette kapitlet. Men hva med suicidale personer uten psykotisk eller annen lignende sykdom i tillegg, kan disse kalles alvorlig sinnslidende? Kan selvmordsnære personer oppfylle hovedkriteriet? Jeg har ikke funnet noen rettsavgjørelser som besvarer dette spørsmålet, om hvorvidt suicidalitet i seg selv kan oppfylle hovedkriteriet.

Helsedirektoratet refererer i sine retningslinjer for selvmordsforebygging til Syses kommentarer til psykisk helsevernloven som sier at graden av selvmordsrisiko i enkelte tilfeller må kunne spille inn i vurderingen av om vilkåret om alvorlig sinnslidelse må anses oppfylt.⁴ Samtidig skriver de i samme dokument at forhold som veier mot en alvorlig sinnslidelse er tilstedeværelsen av andre faktorer (for eksempel depresjon) også utover selvmordsrisikoen, altså virker det som at selv alvorlig selvmordsfare ikke er tilstrekkelig i seg selv. Kan dette karakteriseres som en motsigelse satt opp mot deres referat av Syses kommentar om at graden av risiko må få innspill? Videre i retningslinjene uttrykker

²⁶ Syse A. Psykisk helsevernloven: med kommentarer. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal juridisk; 2016. Side 334.

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, side 30.

Helsedirektoratet at pasienter med akutt selvmordsrisiko bør behandles på lukket avdeling og at «ved frivillig innleggelse kan det oppstå situasjoner der pasienter med selvmordsrisiko forlater avdelingen og tar sitt eget liv.⁴ Det er dessverre ikke mulig å fullt ut forebygge alle selvmord eller selvmordsforsøk. Der det er høy selvmordsrisiko vil det være riktig å vurdere tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern, selv om pasienten har avgitt et gyldig samtykke til behandling.» (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, side 29)⁴. Et interessant poeng er at i dette sitatet fremstilles det ikke noe krav om psykotisk sykdom eller lignende symptomer i tillegg til suicidalfare. Her stiller jeg meg igjen kritisk til retningslinjene og deres formulering. Først tolker jeg retningslinjene dithen at suicidalfare i seg selv ikke er tilstrekkelig for oppfyllelsen av hovedkriteriet. Likevel beskrives det videre at pasienter med akutt selvmordsfare *bør* tvangsinnlegges for å forhindre at de tar selvmord, til og med også i tilfeller hvor frivillig innleggelse finner sted. Dette reagerer jeg på og ettersom jeg ser to motstridende beskrivelser. Etter mitt syn er ordlyden i selve lovverket at selvmordsrisiko i seg selv ikke er en alvorlig sinnslidelse. Bør nasjonale retningslinjer følgelig få lov å anbefale tvangsinnleggelse av suicidale pasienter på bakgrunn av selvmordsrisiko? Det er naturlig å tro at dette er tilfellet i dagens utøvelse av psykisk helsevern, og jeg stiller meg svært skeptisk til dette. Jeg frykter at personer med selvmordstanker motvillig blir holdt igjen av helsevesenet uten hjemmel i lovverket. Derimot viser retningslinjene i mitt syn en uheldig tvetydighet angående dette. Noen vil mene at dette er bra, det bidrar jo naturligvis til forebygging av selvmord og selvmordsraten synker. Likevel er det viktige etiske prinsipper som er med i bildet og etter mitt syn fortjener nærmere oppmerksomhet. Hva slags liv er det enkelte selvmordsære personer går i møte? Er livet i seg selv en verdi som trumfer den livskvalitet pasienten opplever og den verdi pasienten selv tillegger sitt liv? Dette sammen med spørsmålet om selvmord noen ganger kan ansees å være rasjonelle er viktige filosofiske spørsmål som jeg nå vil se litt nærmere på?

⁴ Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, side 20-30.

Filosofiske perspektiver på selvmord

Flere kjente filosofer har uttalt seg om moralfilosofiske aspekter i forbindelse med selvmord. Noen av antikkens mest fremragende filosofer, Aristoteles (384-322 f.Kr) og Platon (428/27-348/47 f.Kr), var begge restriktive overfor selvmord av hensyn til et samfunnsmessig perspektiv. De mente at å begå selvmord var å snu ryggen til samfunnet, et svik mot pliktene og ansvaret enhver har i forhold til medmennesker staten (polis). Kirkefaderen Augustin (354-430) fordømte selvmord på bakgrunn av et teologisk perspektiv som innebærer at livet er en gave fra Gud og er ukrenkelig uansett situasjon og kontekst. Å begå selvmord ville derfor være å sette seg imot Guds vilje.¹³

I nyere tid har filosofer og kritikere på den annen side gitt argumenter som underbygger rasjonaliteten ved selvmord. John Donne (1572-1631) bryter med Aristoteles og Platons syn på selvmord som et svik mot samfunnet. Han legger til grunn at andre situasjoner som innebærer samfunnsmessig fravikelse er akseptert, eksempelvis utvandring og religiøs omvendelse til å bli munk, derfor bør også selvmord på være akseptert på lik linje med disse situasjoner og begrunnelser. Donne argumenterer også mot Augustins syn om at selvmord er syndig mot Gud. Han forklarer at Bibelen ikke fordømmer selvmord eksplisitt, og trekker frem martyrdøden og Jesu død som nærliggende mot selvmord. Filosofen David Hume (1711-1776) argumenterer i sitt verk *On suicide* (1755) for at selvmord er like naturlig som det er unaturlig og at hvis det var forbudt å endre tingenes naturlige tilstand ville det likeledes være kriminelt å arbeide for å bevare liv som å ødelegge liv. Videre tar han et oppgjør med antikkens filosofers fordømmelse av selvmord av hensyn til samfunnet; han spør om en person som lider såpass mye at han eller henne ønsker å ta selvmord, i det hele tatt skal ta hensyn til samfunnet? Hume forsvarer også selvmord i et teologisk perspektiv idet han karakteriserer selvmordet som en ren menneskelig handling for å unnslippe uutholdelig lidelse og at Gud derfor bør holdes utenfor denne diskusjonen. Han kaller det blasfemisk å tro at menneskets valg og handlinger skal få innvirkninger på denne verdens herredømme og Guds vilje.¹³

¹³ Larsen K, Pedersen R. Selvmord og etikk (kapittel i upublisert bok). Side 3-6.

Den franske psykiateren Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) representerer et viktig skille når det gjelder diskusjonen om selvmord, idet hun tillegger intrapsykiske tilstander og psykiatrisk sykdom årsakene til selvmord. Tidligere filosofiske perspektiver vedrørende moralen ved selvmord, enten av teologisk eller filosofisk natur, blir nå redefinert til å omhandle mennesker som uskyldige offer for sykdom som trenger hjelp. Dermed blir fokuset flyttet mer over på det psykiatriske helsevesenet og samfunnet og deres rolle i å ivareta selvmordsnære mennesker på en korrekt måte, en situasjon vi gjenkjenner i nåværende tid.¹³

Autonomi og selvmord

Autonomiprinsippet ble beskrevet av filosofen Kant for rundt 250 år siden, som baserer sin etikk på at fornuften i mennesket gir rom for fri og ansvarlig handling. For Kant forutsetter autonomi erkjennelsesevne og en viss følelsesmessig stabilitet.¹⁰ Dette kan tolkes til at en person har en rasjonell virkelighetsoppfatning og en forståelse for og innsikt i egne tanker og handlinger. Kants syn på rasjonalitet føyer seg inn i opplysningstidens tradisjon fra John Locke (1632-1704) med mennesket som et selvlovgivende vesen med evne til kritisk refleksjon. Dette betyr at mennesket som artsvesen har en evne til å underlegge drifter, tilbøyeligheter og umiddelbare ønsker en kritisk og reflektert egenvilje. Mennesket kan stille spørsmålstegn ved sine mål og ønsker (engelsk: desires) og derved også kunne vurdere om de lover og regler en setter for egne handlinger kan være universelt gyldige, eller gyldige for alle. Her ligger Kants tanke om en morallov basert på kritisk fornuft. I evnen til å kunne tenke over egne tanker ligger også evnen til å la sine handlinger styres av rasjonalitet og fornuft.²⁷

²⁸ Autonomiprinsippet blir et sentralt emne i diskusjonen om hvorvidt selvmord kan være rasjonelle handlinger som bør respekteres.

¹³ Larsen K, Pedersen R. Selvmord og etikk (kapittel i upublisert bok). Side 7.

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter (prosjektoppgave). Oslo: UiO; 2009. Side 13.

²⁷ Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. 288 sider.

²⁸ Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. 390 sider.

Kan ikke selvmord være autonomi praksis, et resultat av individets veloverveide ønske og planlagte handling? Psykologspesialist ved Sykehuset i Østfold og tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF), Kim Larsen, besvarte dette spørsmålet i et intervju med Psykologtidsskriftet i 2014. Larsen svarte at i de fleste tilfeller er ikke selvmord autonomi i praksis, tvert imot. «Selvmord som henger sammen med psykiske lidelser eller alvorlige, men forbigående livskriser og/eller tapsopplevelser, er det motsatte av autonomi; individets irrasjonelle autonomi er undergravet av (temporære) overveldende emosjoner og irrasjonelle impulser. Dersom man er kommet langt i den suicidale prosessen, vil man fra utsiden også se en kognitiv innsnevretthet og konstriksjon, et slags «tunnelsyn» hvor all problemløsning og alle kognitive nyanser forsvinner. Man klarer til slutt bare å tenke i to kategorier, liv eller død, og har helt mistet «sidesynet»». (Psykologtidsskriftet, 2014)¹⁷. Likevel uttaler han at selvmord i noen tilfeller kan være autonomi i praksis, selv om dette er en liten del av de aktuelle tilfellene.¹⁷ For å handle autonomt, forutsetter dette at personen det gjelder er i stand til å bruke selvbestemmelsesretten på en meningsfull måte, også omtalt som at personen er samtykke- eller beslutningskompetent.¹³ I slike tilfeller der den suicidale personen gir uttrykk for et veloverveid autonomt ønske om å avslutte livet, oppstår det en konflikt mellom respekten for autonomien og utøvelsen av tvang fra helsevernets side. Den suicidales selvbestemmelsesrett taler imot tvangsbruk og for individets rett til å ta selvstendige valg. På den annen side taler legerollen, velgjørenhetsprinsippet og indirekte ikke-skadeprinsippet for bruken av tvang etter plikten om å gjøre det gode.

Helsepersonelloven §7 beskriver helsepersonellens plikt til å gi øyeblikkelig hjelp: «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». (Helsepersonelloven §7)¹⁸. Ordlyden *påtrengende nødvendig* innebærer rom for bruk av skjønn. Det er ikke beskrevet hvilke situasjoner som er påtrengende nødvendig, men begrepet må sies å omfatte situasjoner der det er stor og

¹⁷ Helmikstøl Ø. Hva er galt med selvmord? Psykologtidsskriftet.no [01.02.17 kl. 19:10]
http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=418001&a=3

¹³ Larsen K, Pedersen R. Selvmord og etikk (kapittel i upublisert bok). Side 11

¹⁸ Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr. 64.

akutt fare for liv og helse eller alvorlig funksjonssvikt.²⁷ Mange leger vil støtte seg på loven om øyeblikkelig hjelp i møte med suicidale pasienter og kalle hjelpen påtrengende nødvendig, derav en plikt til å hjelpe. Samtidig er plikten om øyeblikkelig hjelp etisk sett ikke et legitimt grunnlag for tvangsinnleggelse og særlig ikke dersom pasienten er beslutningskompetent. For at tvangsinnleggelse skal kunne finne sted må kriteriene for §3-3 i psykisk helsevernloven være oppfylt.¹⁰

Tidligere i oppgaven har jeg nevnt en rekke årsaker og kjente risikofaktorer for selvmordshandlinger. Jeg skal ikke trekke frem spesifikke eksempler, men vil gjerne presisere at hvert enkelt individ har sin egen historie. Et hvert individ har ulike ressurser, evner, personlighet og mestringsstrategier. Dette vitner om en kompleksitet av faktorer som naturligvis selvmorderen selv kjenner til best. Det er derfor vesentlig at helsepersonell danner seg et grundig bilde av pasientens egen årsaksforklaring, livserfaringer og subjektive opplevelse for bedre å kunne forstå den aktuelle situasjonen. Hvis en suicidal person vurderes å være ikke-alvorlig sinnslidende, og hjemmel for tvangsinnleggelse ikke er tilstede, bør ikke da personens autonomi veie tyngst, selv om dette kanskje medfører personens død? Kan det tenkes at der lovverket åpner for vurdering og bruk av skjønn, altfor sjelden kommer den suicidale til gode? Noen ganger må vi kanskje akseptere at noen velger å begå selvmord?

Psykiatriske pasienter kan være rasjonelle

Det argumenteres ofte for at pasienter med en psykiatrisk diagnose, for eksempel depresjon eller schizofreni, har en svekket virkelighetsoppfatning. Når pasienter med slike diagnoser uttrykker selvmordønsker, blir ikke disse akseptert som resultat av rasjonelle, reflekterte ønsker på grunn av deres psykiatriske merkelapp. Forhindring av selvmord, også ved tvang, blir derfor sett på som en nødvendighet overfor disse menneskene. Jeanette Linda Hewitt ved Swansea University argumenter i mot dette tradisjonelle synet i sin

²⁷ Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. 288 sider.

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter (prosjektoppgave). Oslo: UiO; 2009. Side 12.

doktorgradsavhandling *Rational Suicide: Philosophical Perspectives on Schizophrenia* (2009). Hun skriver at mennesker med schizofreni er autonome i henhold til deres egne verdisystemer og at tilstedeværelsen av psykotiske symptomer ikke utelukker personen fra å inneha kapasiteten til alternative ønsker, der et ønske om å dø ikke nødvendigvis er et resultat av alvorlig mental sykdom. En person med schizofreni kan selv i akutte faser av sykdommen være rasjonelt tenkende på mange områder, om ikke alle. De er kapable til å reflektere over egne verdisystemer ut ifra deres mentale kapasitet. Retten til å ønske å dø under slike forhold kan være en grunnleggende rettighet som promoterer menneskelig verdighet, og som derfor kanskje ikke skal forhindres av helsevesenet.²⁹ Hewitt gir altså uttrykk for at selv om det foreligger en psykiatrisk diagnose, eksemplifisert med schizofreni, kan individet likevel ut i fra sin kapasitet tenke rasjonelt og være samtykkekompetent.

Hewitt hevder at vurderingen om hvorvidt en handling kan anses å være rasjonell, ofte blir bedømt kun etter personens kognitive egenskaper. Hun argumenterer for at en rasjonell handling ikke bare beror på kognitiv sammenheng, men også vilje og begjær/sterke ønsker, og at en handling er rasjonell hvis handlingen er det beste alternativet som gir nettopp dette begjæret/sterke ønsket personen lengter etter. Derfor kan en psykiatrisk person (og like gjerne en ikke-psykiatrisk person) som opplever uutholdelig lidelse som han eller henne anser å være vedvarende, ha en adekvat og rasjonell grunn for selvmord. Hvis døden i seg selv konsekvent blir sett på som noe ondt/skadelig, blir selvmord sett på som irrasjonelt. Derimot, forklarer Hewitt, at hvis man utvider horisonten og åpner for muligheten om at døden er eneste utvei for å finne hvile fra lidelse, og å slippe lidelsen er det ultimate begjær/ønske, da kan selvmordet være rasjonelt.²⁹

Utfordrende aspekter på selvmord

Psykiateren Thomas Szasz argumenterer for at selvmord er et menneskelig valg og ingen mental sykdom. Han tar et oppgjør med psykiatriseringen av suicid som fenomen og

²⁹ Hewitt JL. *Rational suicide: philosophical perspectives on schizophrenia* (doktorgradsavhandling). Swansea: Swansea University; 2009. Side 55-70 og 113-122.

argumenterer for at psykiatere og leger feilaktig oppfatter selvmord som en trussel mot deres personlige og profesjonelle verdier, som innebærer å redde liv. Ifølge Szasz er det ingen etisk rett å stå i veien for mennesker i suicidale kriser.²⁹ Den norske filosofen Peter Wessel Zappfe ser seg enig i dette synet. Zappfe beskriver tilværelsen som meningsløs og absurd, og at de fleste mennesker lever grunnet fortrenging av denne meningsløsheten og redusering av sitt bevissthetsinnhold. Han hevder at en rekke tilstander psykiatrien anser som patologiske, for eksempel depresjon og angst, like gjerne kan være uttrykk for en dypere forståelse av livet. Det er altså ikke selvmorderen som har innskrenket virkelighetsoppfatning, men de som stopper det.¹⁰ Dette er radikale, men likeledes interessante oppfatninger som strider imot den tradisjonelle oppfatningen av psykiatrisk sykdom og selvmord. Jeg har sansen for måten disse påstandene åpner for nye perspektiver og nytenkning; selv om lovverk og retningslinjer sikter på å forebygge selvmord finnes også tilfeller hvor det kanskje er mer etisk korrekt å la det skje.

Noen vil hevde at et selvmord er irrasjonelt i seg selv uansett. Begrunnelsen for dette er at enhver bedømmelse av rasjonaliteten ved selvmord krever en sammenlikning av det å være i live (eller fortsette å leve) opp mot det å være død. Siden dette er en umulighet vil det en hver form for rasjonalisering av selvmord være begrunnet i uvitenhet.³⁰

Døden

For å forstå selvmordsnære mennesker bedre kan det være nyttig å kjenne til ulike oppfatninger omkring døden. Noen tenker på døden som et hvilested med frihet fra smerte

²⁹ Hewitt JL. Rational suicide: philosophical perspectives on schizophrenia (doktorgradsavhandling). Swansea: Swansea University; 2009. Side 67.

¹⁰ Nordberg LB. Suicidalitet og tvang: juridiske og etiske aspekter ved bruk av tvang overfor suicidale pasienter (prosjektoppgave). Oslo: UiO; 2009. Side 13.

³⁰ Zalta EN, Nodelman U, Allen C, Anderson RL. Suicide. Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2016. Side 29.

og lidelse³¹. Ulike religioner har også forskjellig syn på de dødes tilstand og et eventuelt liv etter døden.

I situasjoner hvor man må vurdere tvangsbruk for å forhindre suicidalitet bør man reise spørsmålet om hvorvidt døden skal unngås for enhver pris. Hva slags syn har den suicidale selv på døden? Kanskje virker døden forlokkende begrunnet i religiøs oppfatning eller annen overbevisning. Hva slags liv er det pasienten eventuelt reddes til? Et liv må være verdig å leve. Enkelte ganger kan det å la pasienten ta sitt eget liv være å gjøre det gode. Samtidig ser jeg motargumentene mot mitt syn. Å velge døden er en uavvendelig handling, den kan ikke tilbakekalles. Hvordan kan vi vite at dette virkelig er pasientens ønske og ikke et rop om hjelp? En kan si at en påtar seg og særlig som helsepersonell en betydelig begrunnelsesbyrde ved å la en person ta sitt liv. Et annet hensyn er til berørte parter, familie og de som står pasienten eller personen nærmest. Det er ikke til å komme bort fra at familie påføres en stor belastning, en stor sorg og byrde ved selvmord. Likevel er det den enkelte personen som lider og som kan vurdere verdien av sitt liv for seg.

Kapittel 5

Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å redegjøre for om man kan forsvare selvmord. Med spesielt fokus på psykisk helsevern har jeg lagt frem juridiske og etiske prinsipper for som taler for og imot rasjonaliteten ved selvmord. Bruken av tvang for å forhindre selvmord er satt i lys av moralske, juridiske og filosofiske tanker og verdier. Av diskusjonen om hvorvidt selvmordsnære pasienter oppfyller hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse lander jeg på at suicidalitet i seg selv ikke med nødvendighet representerer en alvorlig sinnslidelse. Ordlyden i dagens lovverk på dette området er ikke alltid ideell, det er muligheter for å strekke

³¹ André B. Hva er den gode død? Sykepleien. 2014, vol. 3. [Hentet: 02.02.17 kl. 07:12], tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/14gs3_fag_den_gode_dod_1381.pdf

lovverket i såpass grad at jeg frykter for mange suicidale pasienter blir tatt med tvang grunnet helsepersonellens overordnede rolle i å beskytte livet og dets verdi. Jeg konkluderer med at det finnes tilfeller hvor selvmord kan forsvares som et genuint uttrykk for personens egenvilje og derav bør respekteres til tross for at dette kan medføre døden. Noen ganger kan man anse at det er viktigere å la et menneske få dø enn å leve et liv med stor lidelse og kanskje for den det gjelder et uverdigg liv.