

TID FOR ENDRING OG PARADIGMESKIFTE

Hva WSO mener

Om behandlingskriteriet, å fjerne særloven for psykisk helsevern, tvangsmedisinering og en ny modell for psykisk helsehjelp, i tråd med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Juni 09



Landsforeningen - We Shall Overcome

Støtteforening for mennesker i psykiatrien og deres venner

post@wso.no – www.wso.no

Arbeidsgruppa som ble nedsatt i august 2008 for å vurdere behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven er nå avsluttet, og rapporten *"Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)"* er levert til Helsedepartementet. Rapporten er på nesten 300 sider, og for stor til at vi kan sende den ut til alle WSOs medlemmer. Rapporten kan finnes på nett, på helsedirektoratets sider og på www.wso.no. Hvis noen ikke har tilgang til internett og ønsker rapporten, kan WSOs kontor kontaktes på tlf: 22 41 35 90 eller post@wso.no.

I dette heftet har vi tatt med gruppas innstilling, argumentasjonen vår i forhold til tvangsmedisinering og særuttalelsen, samt noen kommentarer fra oss.

WSOs representanter i arbeidsgruppa har vært Hege Orefellen og Mette Ellingsdalen.

Resultatet

Dette har vært et viktig og høyt prioritert arbeid for WSO. WSO går inn for omfattende endringer, både når det gjelder lovgivning og praksis. Vi er fornøyd med gruppas innstilling der flertallet går inn for videre lovarbeid, i form av et lovutvalg. Dette er kanskje det viktigste resultatet av dette arbeidet, og vi håper departementet følger opp.

Vi endte i mindretall med våre forslag om å fjerne særloven og tvangsmedisinering. Til tross for at mange av medlemmene i gruppa tok vår argumentasjon, om menneskerettigheter og rettsikkerhet og erfaringene om krenkelser og overgrep, på alvor, var det allikevel vanskelig å bli enige om hva konsekvensene bør være for fremtidig lovgivning og praksis. Dette arbeidet er bare første skritt på veien, svært mye gjenstår for å få en lovgivning som ikke diskriminerer og legitimerer krenkelser og overgrep, og minst like mye gjenstår når det gjelder å bygge opp et psykisk hjelpetilbud som faktisk er hjelp og tilrettelegger for bedring og god psykisk helse.

Om arbeidet i gruppa

WSO fikk (ikke overraskende) en god støttespiller og samarbeidspartner i Bjørg Njaa, som var en av to representanter fra LPP i gruppa. LPP var på den måten veldig delt i disse spørsmålene, der Bjørg gikk sammen med WSO og stemte for at psykisk helsevernloven oppheves, herunder adgangen til tvangsmedisinering og kom med en særuttalelse sammen med oss, mens LPPs andre representant (landsstyreleder med LPPs landsstyre i ryggen) tilhørte et mindretall som mener at det ikke er behov for vesentlige endringer i psykisk helsevernloven, og at et behandlingvilkår uansett må beholdes.

Vi mener at gjennom arbeidet i denne gruppa har våre meninger, erfaringer og forslag fått en større plass enn det som har vært vanlig når brukerne er representert, og gruppens leder Jan Fridthjof Bernt ledet arbeidet på en måte som ga rom for at grunnleggende spørsmål kunne bli reist.

Særuttalelsen

WSO skrev sammen med Bjørg Njaa (LPP) en særuttalelse til rapporten, hvor vi presenterer en ny modell for psykisk helsehjelp, med "FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne" som plattform. Særuttalelsen er tatt med som vedlegg til

rapporten. Å presentere en ny modell er ikke gjort i en håndvending, og vi har forsøkt å si noe om hva slags menneskesyn og prinsipper vi mener bør ligge som grunnlag for all psykisk helsehjelp og lovgivning. Frivillighet, ikke-diskriminering, støtte til selvbestemmelse og respekt for menneskets egenverd og autonomi. Det vi har skrevet i særuttalelsen har vi også argumentert for i gruppa.

Rapporten

Kommentar:

Til tross for iherdig innsats fra vår side var det for store motsetninger i gruppa til at det var mulig å få rapporten som vi ville ønsket den. Mye av vår argumentasjon er tatt med, men det er også enkelte ting som får stå uimotsagt. Vi har stilt spørsmålsteget ved og problematisert mange oppleste og vedtatte "sannheter" og myter når det gjelder psykiske lidelser og hva det er, og tvang. Negative konsekvenser av tvang, krenkelser og overgrep, har blitt belyst. Rapporten viser at det er et stort språk i virkelighetsbeskrivelsene når det gjelder tvang, og også psykisk helsevern generelt. Det språket som brukes for å beskrive problematikken er ofte også sterkt preget av en grunnleggende ideologi, med en medisinsk forståelse av psykiske lidelser og diagnoser. Det gjør at språket i seg selv blir misvisende og lite egnet til å lage et realistisk bilde av hva det handler om. Å få til store endringer på dette feltet betyr å angripe psykiatriens definisjonsmakt.

For å få frem vårt syn har vi måttet angripe saken fra mange kanter. Vi har argumentert for endring av både lov og praksis, i forhold til menneskerettigheter og etikk, diskriminering av mennesker med psykiatriske diagnoser, det manglende kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang og psykiatriske diagnoser og behandling generelt og erfaringene om krenkelser og overgrep. Ikke minst har vi fokusert på å få fram skadevirkningene av tvangsmedisinering. Rapporten inneholder derfor vår forståelse, men også i stor grad den mer tradisjonelle forståelsen som psykiatrien representerer.

Noen anbefalinger for dere som vil lese mer;

På www.wso.no ligger to dokumenter WSO har levert inn underveis i arbeidet;
"WSOs innspill til arbeidsgruppe behandlingsskriteriet."
"Dagens situasjon i psykisk helsevern er uholdbar - Tid for endring og paradigmeskifte"

Dokumentene fra FN som er henvist til i Særuttalelsen ligger også der.

Rapporten *"Vurdering av behandlingsskriteriet i psykisk helsevernloven Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)"*

Siden rapporten er veldig omfattende, gir vi noen tips om hvor det kan lønne seg å starte.

Kapittel 8. Hensyn og argumenter vedrørende behandlingsskriteriet39
Kapittel 9. Vurdering og forslag til tiltak.....65
Kapittel 10. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.....86

Kapittel 7. Hva vet vi om effektene ved bruk av tvang?.....35
Vedlegg 3. Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern.

Fra side 4 og 5 i rapporten ”Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)”

1. Oppsummering av arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger

- Arbeidsgruppen er bekymret for de høye tvangstallene i Norge som varierer mellom institusjoner og regioner, og som ikke synes å kunne forklares ut fra pasientgrunnlaget. Gruppen mener at det er nødvendig med flere ulike tiltak for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang, herunder å styrke pasientenes rettssikkerhet.

- ”Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern” må være

et helt sentralt virkemiddel. Arbeidsgruppen anbefaler at planen videreutvikles og gjøres mer effektiv for å få større gjennomslagskraft. Den må gis en tydelig og forpliktende forankring i det faglige, administrative og politiske lederansvaret på alle nivåer i sosial- og helsetjenestene, styrkes med et godt rapporterings- og kontrollsystem, samt gis tilstrekkelig finansiering. Det foreslås en rekke nye tiltak.

- Arbeidsgruppen mener at kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang er mangelfullt, og vil sterkt tilrå at det iverksettes tiltak for å avhjelpe dette. Det bør særlig fokuseres på kunnskapsgrunnlaget for behandling med legemidler uten eget samtykke.

- Arbeidsgruppen konstaterer at spørsmålet om den etiske legitimitet av den tvangsbruk

som i dag finner sted ovenfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er omstridt.

- Den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse

vurderes ratifisert av Norge. Dette vil i tilfelle gjøre det nødvendig å vurdere betydningen av denne for psykisk helsevernloven, herunder i hvilken grad dagens lovgivning om tvang innen psykisk helsevern kan og bør opprettholdes i sin nåværende form.

- Arbeidsgruppen har ikke kommet frem til et samlet standpunkt når det gjelder spørsmålet om lovendringer, herunder behov for endringer i eller fjerning av behandlingstvilkåret og revisjon av reglene om behandling med legemidler uten eget samtykke.

- Et flertall i arbeidsgruppen (16 medlemmer¹) mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven, herunder når det gjelder behandlingstvilkåret, for å styrke pasientens rett til selvbestemmelse og for forhindre unødvendig og etisk uforsvarlig tvang, både ved etablering av psykisk helsevern og i behandling og omsorg.

- Dette flertallet mener at det uansett ikke vil være et godt alternativ å fjerne behandlingskriteriet alene. Eventuelle endringer når det gjelder behandlingstvilkåret må ses i sammenheng med det øvrige regelverk og med andre tiltak, herunder styrking av den faglige og rettslige kontroll av tvangsbruken, og særlig ved tvangsmedisinering.

¹ Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyer, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerde, Per Christian Moen og Jan Fridthjof Bernt.

- Tre av medlemmene² foreslår at psykisk helsevernloven oppheves, herunder adgangen til tvangsmedisinering, og at det innføres en ny ikke-diskriminerende modell i tråd med den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse.
 - Et annet mindretall (seks medlemmer)³ mener at det ikke er behov for vesentlige endringer i psykisk helsevernloven, og at et behandlingsvilkår uansett må beholdes. Det vurderes slik at vilkårene i dagens lov, når de følges, er tilstrekkelige for å legitimere etablering og behandling under tvang. Fokus bør heller rettes mot å bedre praksis ved å styrke tiltaksplanen og utvikle kunnskapsgrunnlaget.
 - Arbeidsgruppens flertall (18 medlemmer⁴) anbefaler at det nedsettes et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetsforpliktelser. Dette må skje parallelt med en utvikling av kunnskapsgrunnlaget og av tiltaksplanen.
- Et mindretall på fire medlemmer⁵ mener at det ikke er behov for et slikt utvalg på det nåværende tidspunkt. Dette mindretallet mener at prioriteringen heller bør være metode, kunnskaps- og kompetanseutvikling for å sikre en god praksis før det eventuell settes i gang en større gjennomgang av regelverket.
- To av medlemmene⁶ mener at dagens psykisk helsevernlov i hovedsak er tilstrekkelig og at et behandlingsvilkår bør beholdes, men mener at det likevel er ønskelig å utrede ulike sider ved loven og forholdet til annet regelverk, herunder konsekvenser av eventuelle endringer.
- Det bemerkes at de forskjellige medlemmene har ulike presiseringer og forbehold knyttet til sitt standpunkt. Også den nærmere begrunnelsen for det samme standpunkt kan variere. Det vises til kap. 9 for en nærmere utdyping av de ulike standpunkter mv.

² Medlemmene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa

³ Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes, Reidun Lauvstad, Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

⁴ Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyer, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerde, Per Christian Moen, Carl Fredrik Aas, Pål Kippenes og Jan Fridthjof Bernt.

⁵ Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes og Reidun Lauvstad.

⁶ Medlemmene Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

WSOs innspill til arbeidsgruppa om tvangsmedisinering.

Tvangsmedisinering

WSO v/Mette Ellingsdalen og Hege Orefellen fremmet 24. mars forslag om fjerning av unntakshjemmelen for alvorlige inngrep uten samtykke i psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav a (se vedlegg), og ba om avstemning i arbeidsgruppen vedrørende dette. Vi ber om at dette gjennomføres i løpet av arbeidsgruppens siste møte den 23. april. Forslaget og påfølgende argumentasjon støttes av Bjørg Njaa (leder av Menneskerettighetsutvalget, LPP).

Pr. i dag kan det jf. psykisk helsevernloven ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep uten at pasienten har samtykket. Legemiddelbehandling, uten samtykke, er gjennom forarbeider og lovtekst klassifisert som et slikt alvorlig inngrep. Det er, via unntakshjemmel, likevel åpnet for slik medisinering.

Vi mener at medisinering av psykisk lidelser i behandlingsøyemed, uten fritt og informert samtykke, ikke kan forsvares og må opphøre. Vi har samlet noen av argumentene for dette her:

Pasientenes historier:

Mange pasienter reagerer svært sterkt på tvangsmedisinering og ser dette som et større overgrep enn selve tvangsinnleggelsen (Aslak Syse, Psykisk helsevernloven med kommentarer, 2007).

Gjennom bruker- og pårørendeorganisasjonene, konferanser, forskning, litteratur og media er det samlet en svært stor mengde historier om tvangsmedisinering som fører til alvorlige skadevirkninger, lidelser, krenkelser og traumer.

Det beskrives hvordan tanker, følelser, opplevelser og evnen til initiativ endres. I tillegg kommer fysiske bivirkninger som påvirker livsutfoldelse og fremtidsønsker. Antipsykotika virker som en ”universell bremsekloss” på tankefunksjonen. Mange pasienter beskriver slik medisinering som en kjemisk tvangstrøye.

Tvangsmedisinering er en langvarig intervensjon, som har konsekvenser langt utover en akutt krisesituasjon. For mange er veien til en medisinfri tilværelse veldig vanskelig, for noen viser det seg å være nesten umulig å slutte med medisinene etter mange års tilvenning. At nedtrapping bør skje over lang tid, og farene ved brå seponering bekreftes fra legehold. Når medisinering igangsettes får det konsekvenser for mange år frem i tid, for noen resten av livet.

Det tilsier at medisinering er et alvorlig inngrep, som ikke må skje ved tvang eller sterkt press, men må være en frivillig og informert handling fra pasientens side.

Manglende dokumentert positiv effekt:

Ved bruk av tvang må det kreves høy grad av sikkerhet om at tvangstiltaket virker i samsvar med hensikten. Forskningen tilsier ikke at man kan ha den grad av sikkerhet, verken om positive effekter av medikamenter og tvangsmedisinering, eller om bedre fremtidsutsikter.

Vi viser til tidligere dokumenter sendt ut til arbeidsgruppen, inkl.: *Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics*, Leuch m.fl 2003/e-post fra Olav Nytingnes og Ivar Aursnes sin presentasjon for gruppen 30.mars 2009.

Det er ikke gjort randomiserte forsøk som viser helbredende eller forebyggende effekter av nevroleptika (Ivar Aursnes, konklusjoner på innlegg 30. mars 2009). Sammenstilling av langtidsstudier har vist at det gikk dårligere med pasienter som hadde fått antipsykotika sammenlignet med kontrollgruppene (Aursnes, kronikk Dagbladet 10.8.2007).

Det er også et spørsmål hva medikamentene egentlig behandler. Dagens diagnoser er deskriptive og i stor grad basert på formidling av opplevde symptomer og observasjoner av atferd. De er ikke basert på objektive målbare fenomener (Jan Olav Johannessen et al., Forslag til nasjonalt satsingsområde – alvorlige psykiske lidelser, des. 2008). Behandlingen er kun symptomatisk.

Bivirkninger og skadelige langtidseffekter:

Bivirkningene av nevroleptika er alvorlige. Pasienter beskriver bivirkninger som er sterkt plagsomme og til dels invalidiserende. Fysiske bivirkninger (f.eks. sikling, rykninger, taleproblemer, ekstrem vektøkning og oppblåsthet osv.) og psykiske bivirkninger/virkninger (f.eks følelsesavflatning, passivitet, mangel på interesse) påvirker det sosiale livet og forholdet til andre mennesker. Økt søvnbehov og mangel på initiativ gjør det tilnærmet umulig å leve et fysisk og sosialt aktivt liv. Sover du 16 timer i døgnet er det ikke mye igjen til livsutfoldelse. Mange beskriver bivirkningene av medisinene som et større problem enn de psykiske problemene var i utgangspunktet.

Det er bivirkninger også for dem som tar medikamentene frivillig, men forutsatt at man har fått riktig og fullstendig informasjon, har man selv tatt valget.

Psykofarmaka, og særlig nevroleptika, kan gi alvorlige langtidsskadevirkninger; som drastiske vektøkninger, metabolske syndromer, diabetes, hjerteproblemer, nevrologiske skader, hjerneskader mv. Bivirkninger omfatter økning i plutselig død og total overdødelighet (Aursnes, 2009). Bruk av antipsykotika over tid skader hjernen og fører til celledød i hjernen (Aursnes, 2007).

Med en så betydelig risiko for alvorlige bivirkninger, kan det ikke forsvares å gi medisiner med tvang.

Menneskerettslige hensyn:

Å tvangsmedisinere i den hensikt å forsøke å korrigere eller fjerne en faktisk eller påstått funksjonsnedsettelse er dehumaniserende. Vedkommende ses som et objekt for medisinsk intervensjon istedenfor et subjekt med ukrenkelig verdighet og umistelige menneskerettigheter.

Tvangsmedisinering med preparater som påvirker tanker og følelser er problematisk i forhold til krenkelse av retten til tanke- og samvittighetsfrihet. Retten til å nekte enhver form for tvangsmedisinering med psykofarmaka og andre former for manipulering av hjernefunksjoner, tanker og følelser, og retten til å nekte å motta enhver form for behandling

man ikke tror på, er en viktig menneskerettighetskamp med utgangspunkt i EMK art. 9 og SP art. 18.

Tvangsmedisinering med psykofarmaka er en alvorlig krenkelse av retten til respekt for den fysiske og psykiske integritet.

Tvangsmedisinering av psykososiale funksjonsnedsettelse er diskriminerende og i strid med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse.

Tvangsmedisinering av psykiske lidelser vil kunne risikere å bli klassifisert som tortur eller annen mishandling jf. bl.a. uttalelser fra FNs spesialrapportør for tortur¹. Også den europeiske menneskerettighetsdomstolen har åpnet for at alvorlige bivirkninger ved tvangsmedisinering vil kunne innebære brudd på forbudet mot mishandling (Grare v France (1992) 15 EHRR CD100).

Forbudet mot mishandling er, jf. internasjonale konvensjoner Norge er bundet av (deriblant FNs torturkonvensjon, FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og EMK), *absolutt* og gir ingen mulighet for unntak i enkelttilfeller. At noen opplever seg hjulpet gjennom tvangsmedisinering kan aldri veie opp for eller legitimere at andre gjennom tvangsmedisinering utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Myndighetene plikter å treffe forebyggende tiltak, inkludert lovmessige, for å verne enkeltindivider mot mishandling. Å ha en lovfestet mulighet for medisinering av psykiske lidelser, uten fritt og informert samtykke, åpner for mishandling.

Som en konsekvens av dette, og i respekt for alle de historiene pasienter og pårørende har fortalt om tvangsmedisinering, mener vi arbeidsgruppen bør gå til det skrittet å anbefale at unntaket som tillater tvangsmedisinering fjernes.

¹ *“Medical treatments of an intrusive and irreversible nature, when they (...) aim at correcting or alleviating a disability, may constitute torture and ill-treatment if enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned”.*

“The administration in detention and psychiatric institutions of drugs, including neuroleptics that cause trembling, shivering and contractions and make the subject apathetic and dull his or her intelligence, has been recognized as a form of torture”.

“The Special Rapporteur notes that forced and non-consensual administration of psychiatric drugs, and in particular of neuroleptics, for the treatment of a mental condition needs to be closely scrutinized. Depending on the circumstances of the case, the suffering inflicted and the effects upon the individual’s health may constitute a form of torture or ill-treatment”.

FNs spesialrapportør for tortur. Rapport A/63/150, 28. juli 2008.
http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc

Arbeidsgruppe-behandlingsvilkåret i psykisk helsevern, Sosial-og helsedirektoratet.

Tid for endring og paradigmeskifte

Særuttalelse fra Hege Orefellen og Mette Ellingsdalen, We Shall Overcome (WSO) og Bjørg Njaa, medlem Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) og leder Menneskerettighetsutvalget (LPP)². Mai 2009.

Det har vært et uttalt politisk mål, bl.a. gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, å redusere bruken av tvang i det psykiske helsevern. Det har man ikke lyktes med, og man må stille spørsmål ved hvorfor man ikke har klart å styre dette politisk. Målsetningen om reduksjon i tvangsbruk følges ikke opp med handling og egnede virkemidler.

Ved å ha tilgang til utstrakt bruk av tvang har ikke hjelpeapparatet hatt tilstrekkelig fokus på å bygge opp hjelpetilbud pasientene ønsker og vil delta frivillig i. Opptrappingsplanen har derved bidratt til å befeste tvangen som nødvendig, som det eneste alternativ, og dermed til å befeste ideen om at tvang er en nødvendig forutsetning for å komme til med behandling.

Opptrappingsplanen fokuserte i utgangspunktet i stor grad på strukturelle endringer og kvantitet; mer penger, flere fagfolk, kortere ventelister, flere DPSer mv., og mindre på innhold, kvalitet og resultater. Dersom kvaliteten på tjenestene er for dårlig, og behandlingsstrategien som det dominerende paradigmet bygger på har grunnleggende svakheter, mangler eller feil ved seg, så vil ikke mer av det samme føre til en bedre psykisk helsetjeneste.

Som Generalsekretær i Rådet for psykisk helse, Sunniva Ørstavik sier:

*"Vi vil karakterisere situasjonen i dag som «mer, men ikke bedre». (...) Det er tid for å få slutt på at psykisk helsefeltet bare går videre i samme retning, med mer penger i sekken. Vi må ha en debatt om hvem som skal bestemme, om makt og tvang, om menneskerettigheter og verdighet."*³

For å få til en nødvendig snuoperasjon på psykisk helsefeltet må fokus og innsats rettes mot kunnskapsgrunnlag, behandlingsstrategi, lovgivning, maktfordeling, bruk av tvang og menneskerettigheter. For å komme videre med å bygge en bedre og mer human psykisk helsetjeneste, er det nødvendig å ta et kritisk oppgjør med teorier, lovhjemler og praksiser som er med på å opprettholde et system og en tvangsbruk som for mange oppleves så ødeleggende at det går på menneskeverdet, livet og helsen løs.

Psykiatriens dominerende posisjon må endres; dens rolle som premissleverandør, dens definisjonsmakt, ideologi og tilslørende begrepsbruk har gjort stor skade, og vil stille seg i veien for en nyorientering.

Tiden er inne for en omfattende debatt om innhold og lovregulering.

² Det andre medlem i arbeidsgruppen fra LPP, landsstyreleder Carl Fredrik Aas, støtter ikke denne særuttalelsen. Hans syn, som deles av landsstyret, fremgår av rapporten.

³ Ørstavik, S. Tid for bråk, Aftenposten 10.10.2007

Politikerne må ta ansvar for utviklingen. Politikerne må ta konsekvensene av de feil som er gjort, og legge til rette for at det kan utvikles en ny modell for et behandlings- og tjenestetilbud på et ikke diskriminerende grunnlag.

Tiden er inne for endring!

”De gjeldende innesperringsregler må først og fremst ses i lys av tradisjonsbestemte forhold av kulturell og sosial karakter. Det er ikke grunnlag for å hevde at sinnslidende (...) har et særlig behov eller er spesielt egnet for innesperring eller behandling under tvang”.

- Høyesterettsdommer Ketil Lund, NOU 1988:8

Ny forståelse, nye begreper

Norge undertegnet FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) 30. mars 2007. Konvensjonen er allerede ratifisert av 51 land og trådte i kraft 3. mai 2008. Norge er i en ratifiseringsprosess, men har allerede gjennom undertegning forpliktet seg til å ikke handle i strid med konvensjonens formål.

Vi har argumentert for en ny modell, basert på menneskerettigheter og prinsippet om ikke-diskriminering i tråd med CRPD. En modell basert på disse prinsippene innebærer et brudd med den rådende ideologi og praksis, hvor frihetsberøvelse og tvang har en sentral plass. Det medfører at det språket og den begrepsbruk som formidler den rådende ideologi ofte blir uakseptabel og uegnet, fordi begrepene omskriver og tilslører.

Et illustrerende eksempel er begrepene ”behandling” og ”hjelp”, ved at det ofte brukes for å betegne tvang, samtidig som pasienter og pårørende kan oppleve samme ”behandling” og ”hjelp” som overgrep og mishandling. Ved å sette likhetstegn mellom tvang og hjelp/behandling tilsløres hva dette egentlig handler om, nemlig bruk av tvang. Man kan ikke kalle tvang for hjelp hvis det ikke reelt sett er en hjelp for pasienten. Enten fordi behandlingen i seg selv ikke oppleves som hjelp for pasienten, eller fordi selve tvangsopplevelsen er så negativ og tillitsbrytende at det ødelegger for muligheten til å ta i mot hjelp. Formålet med tvangen fremstår som viktigere enn hva det reelle resultatet av tvangen er.

”Det tragiske er at det som begynner som omsorg og skal sikre pasienten rett til behandling, oppfølging og kartlegging, åpner for bruk av polititransport, tvangsmedisinering, beltelegging og glattcelle (...). Handlinger som i andre hus kalles tortur, overgrep og straff, skal gis et annet fortegn når det utføres av leger (...). Psykiatriske pasienter må forholde seg til et helsevesen der den samme hånden som trøster og sier den vil hjelpe, i neste omgang legger dem i belter. Å takle en slik situasjon er umenneskelig og fører til kaos i et menneskesinn. Når traumet er et faktum, har du ingen steder å gå, annet enn tilbake der de påførte deg skaden, men nekter å gi den legitimitet”. (Tidligere psykiatrisk pasient i Balanse nr. 3/2001)

Et annet eksempel er ”manglende sykdomsinnsikt”, som formidler en påstand både om ”sykdom” og om manglende innsikt i egen situasjon. Ved å bevege oss ut av den ”medisinske modellen” og over i en ”menneskerettighets/sosial modell” kan vi ta et nødvendig og kritisk blick på realiteten i disse begrepene.

Det eksisterer forskjellige opplevelser og meninger om hva psykiske lidelser er, og mange tar sterkt avstand fra sykdomsbegrepet. Det begrepet som er brukt i CRPD er "mental funksjonsnedsettelse", mens "psykososial funksjonsnedsettelse" anvendes av den internasjonale bruker/-overlever bevegelsen. Psykososial funksjonsnedsettelse sier noe om at problemene oppstår i enkeltmenneskets møte med samfunnet og etablerte normer, og krever ikke at man anerkjenner psykiske lidelser som sykdom, knyttet opp mot den medisinske modellen. Psykososial funksjonsnedsettelse er på den måten et mer nøytralt begrep vi bør kunne samles om, selv om det foreløpig er nytt og lite kjent.

I fortalen til konvensjonen står det at konvensjonen ... erkjenner at funksjonshemming er et begrep i utvikling, og at funksjonshemming er et resultat av interaksjon mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og holdningsbestemte barrierer og barrierer i omgivelsene som hindrer dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre, ...

Å ta et slikt oppgjør med grunnlagstenkningen som ligger bak dagens lovgivning og praksis er en krevende oppgave, fordi det utfordrer oppleste og vedtatte sannheter det sjelden stilles spørsmål ved.

Erfaringer/ virkelighetsbeskrivelse

Svært forskjellige beskrivelser av virkeligheten fremkommer når det er snakk om tvang. De som utøver tvang, og de som utsettes for tvang beskriver samme hendelser og praksis på vidt forskjellig måte. Også blant de som har vært utsatt for tvang er historiene forskjellige, fra de som beskriver tvang som et overgrep og sterkt krenkende med store negative konsekvenser, til de som har opplevd tvangen som nødvendig sett i ettertid. Vi har valgt å bruke en del sitater fra pasienter og pårørende som har opplevd tvang, fordi vi mener at deres beskrivelser av hva de har opplevd gir et godt innblikk i hva det handler om.

Mange historier fra pasienter og pårørende er vitnemål om tvangsinngrep som oppleves urettmessig, nedbrytende og helseskadelig. Det fortelles om bruk av reimer, håndjern, fotlenker og transportbelter, om langvarige frihetsberøvelser og sosial isolasjon, om tvangsmedisinering som gir alvorlige skadevirkninger, om elektrosjokk gitt uten innformert samtykke, om integritetskrenkelser, om nedverdiggende og traumatisk behandling, om maktovergrep og avmakt, og om en følelse av å være rettsløs.

"Nå er jeg underlagt tvangsmedisinering utenfor institusjon, i mitt eget hjem. Det plager meg dypt. Jeg har fått mer enn nok av leger, medisiner og tvangsmedisinering. De gjør ikke annet enn å ødelegge livet for meg. Psykiatrien stirrer seg blind på det de mener er positive behandlingseffekter av sin tvangsmedisinering, og overser dybden av tvangsmedisineringens negative sideeffekter. Det er så vanskelig å beskrive den smerten som tvangspsykiatristene påfører meg. De plager meg så dypt at det ikke er mulig å forstå det uten å ha vært utsatt for det selv. Det å være undertrykket, det er det jeg er. Og det er psykiatrien som undertrykker meg". Pasient

De mange og alvorlige fortellingene fra pasienter og pårørende om overgrep og krenkelser gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om psykiatrien i tilstrekkelig grad klarer å skille mellom behandling og mishandling. Fra flere hold er det ytret et ønske om å fjerne den "unødvendige og krenkende tvangen". Problemet er at psykiatrien pr. i dag ikke klarer å skille mellom "unødvendig og krenkende" tvang, og såkalt "nødvendig" tvang. Det er heller ikke mulig å forutsi hvem som faktisk vil oppleve seg hjulpet ved bruk av tvang, og hvem som vil

oppleve å bli skadet. Det kan synes som det pr. i dag eksisterer en *psykiatrisk blindson*e, hvor tvangsinngrep, som er ment å skulle være til hjelp, systematisk skader, krenker og traumatiserer pasienter, uten at dette oppdages og registreres av fagmiljøene, kontrollorganene eller myndighetene.

En slik blindsoner og tilsløring er også beskrevet av FNs Spesialrapportør for tortur:

"(...) in the context of medical treatment of persons with disabilities, (...) serious violations and discrimination against persons with disabilities may be masked as "good intentions" on the part of health professionals".⁴

En del forteller om hvordan tvang førte til dyp fortvilelse og selvmordstanker/selvmordsforsøk.

"En uke etter å ha blitt krenket på det groveste på Post., hopper vår sønn ut av vinduet på rommet sitt, fredag ..., i ren desperasjon for å komme seg vekk fra psykiatrien. Det er 7 m ned til bakken. Ved undersøkelsen etterpå ble det påvist to brudd i ryggen. Å stenge mennesker inn på noen få kvadratmeter og tvangsføre dem med medikamenter som gjør mer skade enn godt, er ingen god måte å møte mennesker på." (pårørende)

"Noen ganger ble jeg tatt med ut på tur. Sprøyten hadde tatt bort både tankeevnen og taleevnen, så jeg kunne ikke delta i den påtatt blide konversasjonen som de ansatte forsøkte å dra meg inn i. Kroppen min var blitt som en subbete masse, og jeg hadde fått vite at jeg livet ut måtte få sprøyte. Jeg kjente at nå vil jeg ikke leve lenger. Jeg hadde aldri tenkt på selvmord før, men psykiatrien gjorde meg suicidal." Anne Grethe Theien, Psykisk Helse 2.2009

Av de som faktisk har tatt sitt eget liv, er det vanskelig å spekulere i ettertid om årsak, men ikke bare det å unnlate å bruke tvang, men også bruk av tvang, og de skadene det fører med seg, kan resultere i selvmord.

Det er ikke sannsynliggjort eller dokumentert at psykiatrisk tvang redder liv eller forebygger selvmord.⁵ Frihetsberøvelse og andre tvangsinngrep begrunnet i selvmordsforebyggende tiltak kan vanskelig rettferdiggjøres basert på det kunnskapsgrunnlag som foreligger. Akutte negative og dramatiske livshendelser, som det frihetsberøvelser og tvangsinngrep gjerne representerer, kan dessuten være utløsende årsaker til selvmord. Tvangsinngrep kan også føre til alvorlige traumer, og traumer er forbundet med økt risiko for selvmordsatferd.⁶

En del historier handler også om mennesker som sier at tvang har reddet deres liv, hjulpet dem til å ta tak i problemer, og var helt nødvendig. Også disse historiene kan inneholde elementer av krenkelse og kritikk av hvordan tvangen er gjennomført, men konklusjonene er andre enn våre. Dette er også en del av erfaringsperspektivet. Samtidig ser vi at dette ofte også er historier om et utilstrekkelig hjelpetilbud, for sen hjelp og mangel på gode alternativer. Pasientenes forventninger til hjelpeapparatet er dannet av hva man har opplevd og anser som rimelig å forvente, det kan være vanskelig å forestille seg andre muligheter, kanskje spesielt i lys av egne erfaringer. Vi er overbevist om at det i mange tilfeller ville vært

⁴ UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

⁵ Kunnskapscenteret, Forebygging av selvmord, del 2. Systematisk kunnskapsoppsummering (Nr 4. 2007)

⁶ Mehlum, L. Vold, traumer og forebygging av selvmord. 5.nasjonale konferanse om selvmordsforebygging, Lillehammer, 2007.

mulig å komme til med frivillig hjelp og behandling, hvis dette ble tilbudt på et tidlig tidspunkt, med god oppfølging som er i tråd med pasientens egen forståelse av hva som er god hjelp.

Det er ikke noe grunnlag for å påstå at psykiatrisk tvangsbehandling minsker lidelse eller fører til at færre går til grunne. Mennesker går til grunne også på grunn av psykiatrisk tvangsbehandling, noen som følge av alvorlige traumer og psykisk nedbrytning, og noen som følge av skadevirkninger av psykofarmaka.

Et viktig spørsmål er hvilken plass den erfaringsbaserte kunnskapen skal ha i vurderinger rundt tvangspraksis og lovverk. Vi ser en tendens til at "gode" og "dårlige" historier blir forsøkt veid opp i mot hverandre, i et forsøk på å skape en slags balanse. Men en historie om overgrep kan ikke veies opp med en historie om hjelp. At noen opplever seg hjulpet gjennom tvang, og mener tvangen var nødvendig i deres tilfelle, kan aldri veie opp for eller legitimere at andre gjennom tvang opplever krenkelse og overgrep.

Vår konklusjon er at dagens praksis og lovverk skaper ofre. Å ikke ønske endring ut ifra en frykt for at det vil gå ut over noen som kanskje ikke får behandling, er å sette historiene til de som får hjelp over historiene til de som tvangen skader. Målet må være å legge til rette for at de som trenger det skal få hjelp og støtte, uten at det går ut over menneskerettighetene og rettsikkerheten til andre.

Det er mange utfordringer knyttet til dette, og vi har ikke ferdige løsninger på alle problemstillinger, men å erkjenne realitetene av både de positive og negative erfaringene er nødvendig og gir mulighet for å utvikle systemer der begge disse gruppene menneskerettigheter ivaretas.

Pårørende erfaringer

Det finnes ulike pårørende-perspektiver på tvang og behandlingskriteriet, noe som uttrykker ulikheter i erfaringer, relasjoner, holdninger og kunnskap. Vi har mottatt mange historier fra pårørende om krenkelser og overgrep påført gjennom tvang. Når mange pårørende allikevel mener løsningen er å beholde dagens lovgivning og dagens tvangsbaserte praksis, av redsel for at "deres pasient" skal gå til grunne, kan dette være et uttrykk for en "verste fallstening" som ikke ser alternativer. Eller det kan være uttrykk for at man forutsetter at den hittil svake satsningen på alternativer og frivillige løsninger vil fortsette. En slik strategi for å beholde behandlingskriteriet vektlegger ikke konsekvenser av dagens situasjon, med krenkelser og overgrep gjennom tvangsbruk. Pårørendes engstelse og pårørendes belastende situasjon må tas med største alvor, men vårt svar på disse utfordringene er ikke tvang.

"Pårørende som ikke kjenner systemet, tror i utgangspunktet at pasienten, så sant han bare kommer til "behandling" i sykehuset, på samme måten som i somatikken, får nødvendig helsehjelp mot tilfriskning eller i alle fall bedring i tilstand. Problemet er at tvangsbehandling ikke er påvist virksom. Heller tvert i mot. Tvangsbehandling setter sår i sjelen."
(pårørende, LPP).

Pårørendeorganisasjonenes rolle.

Internasjonalt ser vi at pårørendeorganisasjonene ofte støtter bruk av tvang, og til dels også aktivt argumenterer for dette. LPP sentralt ser også forløpig ut til å ha inntatt dette standpunktet. Vi ser dette primært som et uttrykk for mangelen på gode alternativer, og at pårørende derved "tvinges til tvang". Men det er problematisk og tragisk at pårørendeorganisasjoner på denne måten blir en støttespiller for å opprettholde krenkelser og menneskerettsbrudd.

Kunnskapsgrunnlaget – konsekvenser

De mange historiene om tvang som overgrep, grove krenkelser og med langvarige traumatiske konsekvenser, som er fortalt av enkeltpersoner og gjennom bruker/ pårørende organisasjonene, gir grunn til å endre dagens lovgivning og praksis rundt bruken av tvang.

Tvangens eksistensberettigelse må ikke ligge som et gitt utgangspunkt. Utgangspunktet er at individene selv har rett til å råde over seg og sitt, uten innblanding fra offentlig myndighet. Man foretar *inngrep* i grunnleggende menneskerettigheter ved bruk av psykiatrisk tvang. Skal man ha lovfestet mulighet for alvorlige inngrep i individets private sfære, og fysiske og psykiske integritet, bør kreves det svært tungtveiende argumenter, samt god dokumentasjon vedrørende konsekvenser av slike inngrep.

Det sviktende kunnskapsgrunnlaget og usikkerheten som det er redegjort for i rapporten, tilsier at det ikke burde være åpning for slike tvangsinngrep, ikke at usikkerheten brukes som argument mot fjerning av inngrepsvilkårene. Vi er på dette punkt sterkt uenige i konklusjonene til arbeidsgruppens flertall. Sett i lys av tvangens skadepotensial og det sviktende kunnskapsgrunnlaget, må konklusjonen være å stoppe all bruk av tvang i behandlingsøyemed. Dette gjelder både tvangsinnleggelse ved behandlingskriteriet og tvangsbehandling.

Tvangsmedisinering

Gjennom bruker- og pårørendeorganisasjonene, konferanser, forskning, litteratur og media er det samlet en svært stor mengde historier om tvangsmedisinering som fører til alvorlige skadevirkninger, lidelser, krenkelser og traumer.

” Deretter ble jeg fraktet i politibil tilbake til sykehuset igjen hvor jeg ble tvangsinnlagt og tvangsmedisinert med sprøyte. Da de satte sprøyta lå jeg urørlig og gråt. På egenhånd hadde jeg jobbet målrettet i flere år med egne mestringsstrategier for å klare å leve best mulig med min funksjonshemming. Tvangsbehandlingen førte til at jeg fikk en dyp og langvarig depresjon. Det tok to år før jeg kom meg opp av depresjonen og ut av stua (...).”
(pasient)

Diskusjonen rundt tvangsmedisinering handler ikke først og fremst om et standpunkt for eller i mot bruk av medisiner ved psykiatriske diagnoser. Det handler om bruk av medisiner ved tvang. Tvangsmedisinering må ses ikke bare i et korttidsperspektiv, men også i forhold til langtids utsikter, både når det gjelder skadevirkninger og utsikt til bedring. Vi mener medisinering av psykisk lidelser i behandlingsøyemed, uten fritt og informert samtykke, ikke kan forsvares og må opphøre. De viktigste argumentene for dette er pasientenes historier, manglende dokumentert positiv effekt, bivirkninger og skadelige langtidseffekter, samt menneskerettlige hensyn. Vi viser til kapittel 9.6 i rapporten for mer utfyllende argumentasjon.

Ny modell – en psykisk helsetjeneste bygget på frivillighet, valgfrihet og menneskerettigheter

Menneskerettighetene bygger på overordnede og generelle prinsipper om ikke-diskriminering, autonomi, selvbestemmelse, frivillighet, og krav om fritt og informert samtykke. Dagens tvangs- og særlovgivning, og tilhørende praksis, på psykisk helsevernfeltet samsvarer ikke med de verdier og prinsipper, og juridisk bindende regler, som er nedfelt i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Det kan ikke lenger aksepteres at en stor gruppe mennesker, basert på psykiatrisk definisjonsmakt og en diskriminerende tvangs- og særlovgivning, får undergravet og tilsidesatt helt elementære rettigheter som retten til frihet, retten til respekt for privatliv, retten til tankefrihet, frihet fra mishandling mv.

Som vi har fremført i arbeidsgruppens innstilling, vil det ut fra dagens kunnskap om konsekvenser av psykiatrisk tvangsbruk, menneskerettslige betraktninger og ikke-diskrimineringsprinsipper, være nødvendig å få fjernet hele særlovgivningen for det psykiske helsevern med tilhørende tvangshjemler og bygge opp en alternativ modell.

De endringer vi mener er nødvendig i forhold til norsk lovgivning og praksis, må ses i sammenheng med det som nå skjer internasjonalt, i bruker- og overleverbevegelsen, og ikke minst i FN-systemet. Det pågår en stor internasjonal kamp for likeverd og like rettigheter, mot tvang, undertrykkelse og diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse, hvor psykiatriens brukere og overlever og deres organisasjoner har en sentral rolle. Den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD) er en milepæl i dette arbeidet.

CRPD er basert på en erkjennelse av at mennesker med funksjonsnedsettelse på mange områder hadde, og fortsatt har, et svakere menneskerettslig vern enn andre, og i praksis er avskåret fra elementære rettigheter og friheter de fleste tar for gitt:

*“Persons with disabilities are still primarily viewed as “objects” of welfare or medical treatment rather than “holders” of rights. The decision to add a universal human rights instrument specific to persons with disabilities was borne of the fact that, despite being theoretically entitled to all human rights, persons with disabilities are still, in practice, denied those basic rights and fundamental freedoms that most people take for granted. At its core, the Convention ensures that persons with disabilities enjoy the same human rights as everyone else and are able to lead their lives as full citizens”.*⁷

Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse har tradisjonelt vært særlig utsatt for diskriminerende unntaksbestemmelser og særlovgivning som har innskrenket deres rettigheter. Frihetsberøvelser og andre tvangsinngrep basert på psykisk lidelse har vært legitimert gjennom internasjonale menneskerettighetsinstrumenter. Et eksempel på dette er Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) art. 5 para 1, som åpner for ” (...) lovlig frihetsberøvelse av (...) sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere”.

Et annet eksempel er FNs MI-prinsipper (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, FN 1991), som åpner for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av mennesker med psykiske lidelser. FNs spesialrapportør for helse

⁷ United Nation .From Exclusion to Equality - Realizing the Rights of Persons with disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212>

påpeker hvordan omfattende unntaksvilkår nærmest medfører at hovedregelen om informert samtykke til helsehjelp blir meningsløs⁸.

“The Mental Illness Principles recognize that no treatment shall be given without informed consent. This is consistent with fundamental tenets of international human rights law, such as the autonomy of the individual. But this core provision in the Principles is subject to extensive exceptions and qualifications. (...) in practice their combined effect tends to render the right of informed consent almost meaningless”.

CRPD bryter tvert med MI-prinsippene, hvilket får konsekvenser for psykiatriske frihetsberøvelser og tvangsbehandling.

*“Prior to the entrance into force of the Convention, the existence of a mental disability represented a lawful ground for deprivation of liberty and detention under international human rights law. The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory”.*⁹

I FNs organer bruker man nå betegnelsen *paradigmeskifte* om de radikale endringer som er i ferd med å gjennomføres. Med CRPD forlattes også ”den medisinske modellen” til fordel for en menneskerettighets- og sosial modell:

*“First the Convention recognizes that disability is the result of the interaction between an individual with impairment and the physical, attitudinal and other barriers in society. The medical and charity model is completely abandoned in favour of a human rights and social model”.*¹⁰

En modell i tråd med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD-modellen)

Vi anser CRPD for å være en meget god plattform for å gjennomføre det vi mener er nødvendige endringer i lovgivning, maktfordeling, grunnlagstenkning og tjenestetutvikling på nasjonalt nivå. Målet må være et godt og trygt hjelpeapparat, et tjenestesystem bygget på respekt for individets verdighet og menneskerettigheter, og et lovverk som ikke diskriminerer mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse. Også i forhold til konvensjoner Norge har ratifisert og er bundet av, vår nye diskriminerings- og tilgjengelighetslov mv., så er avskaffelse av lovverk som diskriminerer på grunnlag av funksjonsnedsettelse nødvendig.

CRPD presiserer viktige frihets- og ikke-diskrimineringsprinsipper, universelle rettigheter uten unntak for mennesker med funksjonsnedsettelse. Konvensjonen fastslår at:

- Mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne *på lik linje med andre, på alle livets* områder. Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal gis den støtten de kan trenge for å kunne bruke sin rettslige handleevne. (jf. art. 12).

⁸Report of the UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 11. February 2005. E/CN.4/2005/51.

⁹ Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

¹⁰ Office of the High Commissioner for Human Rights. Expert meeting on freedom from torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and persons with disabilities. Geneva, 11/12-07.

- Ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet *på lik linje med andre*. Nedsatt funksjonsevne skal ikke i noe tilfelle rettferdiggjøre frihetsberøvelse (jf. art. 14).
- Mennesker med nedsatt funksjonsevne har *samme rett som andre* til å leve i samfunnet, med de samme valgmuligheter (jf. art. 19).
- Medisinsk personell skal gi mennesker med nedsatt funksjonsevne like god behandling som den som gis til andre, herunder at *behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke*, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (jf. art. 25).

Selvbestemmelse og ”supported decisionmaking” istedenfor tvang og overformynderi

Etter CRPD-modellen deler man ikke inn samfunnet i ”de som får ta beslutninger om eget liv” og ”de som for kortere eller lengre perioder, begrunnet i funksjonsnedsettelse, fratras retten til å ta egne beslutninger og som andre tar beslutninger på vegne av”. Også mennesker med funksjonsnedsettelse anses jf. CRPD kompetente til å ta beslutninger om eget liv, inkludert beslutninger om hvorvidt man skal samtykke til ulike behandlingsmetoder eller ikke.

“Article 12 recognizes their equal right to enjoy legal capacity in all areas of life, such as deciding where to live and whether to accept medical treatment.

(...) it is often circumstances external to the individual that render them “powerless”, such as when one’s exercise of decision-making and legal capacity is taken away by discriminatory laws or practices and given to others.

*In keeping with the Convention, States must adopt legislation that recognizes the legal capacity of persons with disabilities and must ensure that, where required, they are provided with the support needed to make informed decisions”.*¹¹

CRPD oppstiller også rett til *støtte* for mennesker med funksjonsnedsettelse som trenger slik støtte for å bruke sin rettslige handleevne (”supported decisionmaking” jf. art 12 para 3). Slike støttetiltak skal respektere vedkommendes rettigheter, vilje og preferanser (art. 12 para 4). ”Supported decisionmaking” er et sentralt og bærende element i konvensjonen. Prinsippet ble utarbeidet som et svar på problemstillinger som ble reist under arbeidet med konvensjonen, i forhold til mennesker som er i behov av støtte og hjelp i utstrakt grad. Prinsippet ivaretar menneskers behov for støtte og hjelp på egne premisser, uten å frata mennesker selvbestemmelsesrett og autonomi. ”Supported decisionmaking” er således en motsats til ”substituted decisionmaking”, som har vært en rådende modell innen psykisk helsevern, og som også psykisk helsevernloven bygger på. ”Substituted decisionmaking” innebærer at retten til å ta bestemmelser overføres fra individet til noen andre, f.eks. psykiater eller psykolog, verge, pårørende eller andre, i situasjoner hvor noen anses ute av stand til å ta egne beslutninger, begrunnet i antatt manglende samtykkekompetanse eller antatt alvorlig sinnslidelse. ”Supported decisionmaking” innebærer at retten til å ta bestemmelser ligger hos individet selv, men at vedkommende hvis han/hun trenger det skal få hjelp og støtte til å ta beslutninger og til å gjennomføre dem. I dette ligger elementer av læring og utvikling av

¹¹ UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

evner til å ta beslutninger, og se og håndtere konsekvenser av egne valg. Noen vil trenge mer støtte, noen mindre. Tvang og overformynderi er ikke alternativer i tråd med ”supported decisionmaking”-prinsippet, og må erstattes av frivillighet, samarbeid, tillitt og støtte i tråd med personens behov og ønsker.

Lovhjemler og praksis som baseres på paternalisme og ”viljessubstitusjon” overfor mennesker med funksjonsnedsettelse må erstattes med lovhemler og praksis basert på ”støtte til autonomi”-prinsippet. Det vil innebære behov for lovendringer bl.a. i forhold til vergemålslovgivningen og helselovgivningen (deriblant psykisk helsevernloven). Å bygge opp systemer i tråd med ”supported-decisionmaking” prinsippet blir en av hovedutfordringene fremover. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres er ”Personlig Ombud-ordning” som er utviklet i Sverige.

Frihetsberøvelser basert på funksjonsnedsettelse bringes til opphør

Mennesker med funksjonsnedsettelse har rett til frihet på lik linje med andre, og nedsatt funksjonsevne skal ikke i noe tilfelle rettferdiggjøre frihetsberøvelse. Heller ikke frihetsberøvelser som *delvis* baseres på funksjonsnedsettelse, i kombinasjon med andre vilkår, er i tråd med CRPD.

*“Article 14, paragraph 1 (b), of the Convention unambiguously states that “the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty”. Proposals made during the drafting of the Convention to limit the prohibition of detention to cases “solely” determined by disability were rejected. As a result, unlawful detention encompasses situations where the deprivation of liberty is grounded in the combination between a mental or intellectual disability and other elements such as dangerousness, or care and treatment. Since such measures are partly justified by the person’s disability, they are to be considered discriminatory and in violation of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of disability, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 14”.*¹²

Det er utbredt verden over at lovregulering på psykisk helsefeltet baserer materielle vilkår for frihetsberøvelse på et grunnvilkår som ”unsound mind” (”alvorlig sinnslidelse” i vår psykisk helsevernlov), og et eller flere tilleggsvilkår, som ”need for care and treatment” (”behandlingskriterie”) og/eller ”danger to self or others” (”farekriterie”). Slik lovregulering diskriminerer på grunnlag av psykososiale funksjonsnedsettelse, innskrenker retten til frihet i større grad for mennesker med funksjonsnedsettelse enn for andre, og er i strid med internasjonale menneskerettsstandarder.

“The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) states clearly that deprivation of liberty based on the existence of a disability is contrary to international human rights law, is intrinsically discriminatory, and is therefore unlawful. Such unlawfulness also extends to situations where additional grounds—such as the need for care, treatment and the safety of the person or the community—are used to justify deprivation of liberty.

Under international human rights law, persons with disabilities are entitled to enjoy their rights to liberty and security on an equal basis with others, and can be lawfully deprived of

¹² Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

*their liberty only for the reasons, and in accordance with the procedures, that are applicable to other persons in the same jurisdiction”.*¹³

Dersom lovverk og praksis skal være i tråd med CRPD må dagens lovgivning for psykisk helsefeltet endres. Frihetsberøvelser av mennesker med funksjonsnedsettelse må skje på et ”allment grunnlag”, ut fra begrunnelser og prosedyrer som gjelder alle, og uten at inngrepsvilkårene kobles til (reelle eller påståtte) psykososiale funksjonsnedsettelse.

*“(…) the legal grounds upon which restriction of liberty is determined must be de-linked from the disability and neutrally defined so as to apply to all persons on an equal basis”.*¹⁴

Psykisk helsevernloven bør oppheves.

*“Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness.”*¹⁵

Samfunnsbeskyttelse og vern av liv

Staten har (jf. bl.a. EMK art. 2) en generell plikt til å sikre retten til livet. Statlige myndigheter plikter å beskytte livet ved lov og å treffe forebyggende tiltak for å verne enkeltindividers liv mot angrep fra andre individer. Innenfor psykisk helsevern er ”farekriteriet” i psykisk helsevernloven ment å skulle ivareta beskyttelsen av liv, både pasientens eget liv og andres liv.

Det ligger imidlertid et stigma, og en diskriminering, i det å knytte ”farlighet” sammen med psykisk lidelse slik det gjøres i psykisk helsevernloven. Eventuelle ”farekriterier” i lovgivningen bør være uavhengige av diagnoser/psykiatri, og isteden baseres på konkret vurdering av bl.a. tidligere handlinger og atferd, og være allment gjeldende for alle, i tråd med CRPD.

*“(…)Where additional grounds such as dangerousness, (...) are put forward to justify the restriction of liberty of a person with a mental and intellectual disability, such a person shall be subjected to detention on such grounds only in as much and on the same grounds as any other person, with no reference to his or her mental or intellectual condition”.*¹⁶

¹³ Office of the High Commissioner for Human Rights. Information Note No. 4. Persons with Disabilities. Dignity and Justice for Detainees Week.

¹⁴ Office of the High Commissioner for Human Rights. Expert meeting on freedom from torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and persons with disabilities. Geneva, 11/12-07.

¹⁵ Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

¹⁶ Office of the High Commissioner for Human Rights, August 2008 A review of the Ugandan Legal Framework Relevant to Persons With Disabilities. Comparative Analysis to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

*”Laws contemplating dangerousness as a ground for deprivation of liberty should be equally applied to all”.*¹⁷

I visse situasjoner kan det være nødvendig å gripe inn overfor mennesker som er i akutt fare. Dersom den psykiatriske særlovgivningen fjernes, finnes det hjemler i andre lover for å beskytte liv og helse i fare. Overfor personer som befinner seg i en ”overhængende og øiensynlig livsfare” har enhver plikt til å gripe inn etter straffeloven § 387. Helsepersonell har en plikt til å gi helsehjelp etter helsepersonelloven § 7 når det må antas at hjelpen er ”påtrengende nødvendig”, også i de tilfeller pasienten motsetter seg hjelpen. Også nødrettslige bestemmelser vil kunne komme til anvendelse når det gjelder å redde noen fra fare.

Når det gjelder frihetsberøvelser begrunnet i behov for samfunnsvern må det innføres rettssikkerhetsgarantier av et helt annet kaliber enn det psykisk helsevernloven pr. i dag oppstiller. Det er nærliggende å mene at en domstol er best egnet til å foreta slike frihetsberøvelser.

Vi ser for oss en ny lovgivningsmodell, i tråd med CRPD, hvor frihetsberøvelser begrunnet i ”farlighet” tas ut av helselovgivningen og frikobles fra psykiske lidelser. Således slipper også helsepersonell å komme i en uheldig dobbeltrolle som både hjelpere og samfunnets voktere. Spørsmålet om samfunnsbeskyttelse ved ”farlighet” er imidlertid et stort og komplekst tema som bør utredes grundig mhp mulige lovgivningsmodeller, og være gjenstand for bred offentlig debatt. Det må selvsagt også sikres at mennesker som blir ansett å være ”farlige”, og som også sliter psykisk, får den hjelpen, støtten og omsorgen de trenger, inkludert at en eventuell frihetsberøvelse gjennomføres på egnet sted.

Rett til helsehjelp, behandling og omsorg basert på fritt og informert samtykke

Mennesker med psykiske lidelser har krav på helsehjelp basert på fritt og informert samtykke på lik linje med andre. Å behandle mennesker med funksjonsnedsettelse uten deres frie og informerte samtykke er et klart og alvorlig brudd på deres ”rett til helse”, er uetisk og i strid med CRPD.

”Medical practitioners sometimes treat persons with disabilities as objects of treatment rather than rights-holders and do not always seek their free and informed consent when it comes to treatments. Such a situation is not only degrading, it is a violation of human rights under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and unethical conduct on the part of the medical professional.

Violence against persons with disabilities often occurs in a context of systemic discrimination against them in which there is an imbalance of power.

*By way of illustration, one can note the neglect that persons with psychosocial or intellectual disabilities suffer. In many cases, they are treated without their free and informed consent—a clear and serious violation of their right to health”.*¹⁸

FNs spesialrapportør for tortur konstaterer at psykiatrisk tvangsbehandling av mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse er i strid med CRPD.

¹⁷ UN High Commissioner for Human Rights. Expert seminar on freedom from torture and ill-treatment and persons with disabilities. Geneva, 11 December 2007.

¹⁸ Office of the High Commissioner for Human Rights and WHO. Fact Sheet No. 31. Right to Health.

*“(...) the Special Rapporteur notes that the acceptance of involuntary treatment and involuntary confinement runs counter to the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities”.*¹⁹

Tvangsbehandling av psykiske lidelser vil kunne risikere å bli klassifisert som tortur eller annen mishandling.

“It is in the medical context that persons with disabilities often experience serious abuse and violations of their right to physical and mental integrity, notably in relation to experimentation or treatments directed to correct and alleviate particular impairments”.

“Medical treatments of an intrusive and irreversible nature, when they (...) aim at correcting or alleviating a disability, may constitute torture and ill-treatment if enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned”.

“The administration in detention and psychiatric institutions of drugs, including neuroleptics that cause trembling, shivering and contractions and make the subject apathetic and dull his or her intelligence, has been recognized as a form of torture”.

*“The Special Rapporteur notes that forced and non-consensual administration of psychiatric drugs, and in particular of neuroleptics, for the treatment of a mental condition needs to be closely scrutinized. Depending on the circumstances of the case, the suffering inflicted and the effects upon the individual’s health may constitute a form of torture or ill-treatment”.*²⁰

Myndighetene plikter å treffe forebyggende tiltak, inkludert lovmessige, for å verne enkeltindivider mot mishandling. Å ha en lovfestet mulighet for psykiatrisk tvangsbehandling åpner for mishandling.

Psykiatrisk tvangsbehandling må opphøre. Dersom psykisk helsevernloven fjernes, sikres mennesker med psykiske lidelser, gjennom den øvrige helselovgivning *rett* til nødvendig helsehjelp og omsorg.

Ved å fjerne psykisk helsevernlovens omfattende og inngripende tvangshjemler, vil den psykiske helsetjenesten kunne baseres på reell frivillighet og ivaretagelse av brukerens integritet, autonomi og verdighet. Fjerning av tvangshjemplene vil også kunne åpne for mer helhetlige alternativer til den tradisjonelle psykiatri, faglig kompetanseutvikling, økt brukermedvirkning og mulighet for å finne mer langsiktige løsninger i samarbeid med pasienter og pårørende. Mange ønsker en annen form for psykisk helsehjelp enn det den tradisjonelle psykiatrien kan tilby, og motsetter seg derfor psykiatrisk behandling. Pr. i dag innebærer dette en risiko for tvangsbehandling. Det er nødvendig å bygge opp et mangfold i tjenestetilbudet, slik at mennesker som trenger hjelp får reelle valgmuligheter.

Oppsummering og anbefalinger

Psykisk helsevernloven er undertrykkende, diskriminerende og stigmatiserende.

¹⁹ UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

²⁰ UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

Reel frivillighet i psykisk helsevern er umulig å oppnå så lenge tvangshjemlene og tvangsmidlene alltid er i bakhånd. Det er behov for endringer i menneskesyn, grunnlagstenkning, lovgivning og praksis. Slike store omlegginger vil kreve grundige utredninger, og vi kan her bare komme med noen innspill og forslag til alternativer.

- Psykisk helsevernloven oppheves, og erstattes med ”allmenn lovgivning” i tråd med CRPD. Tvangsmedisinering med psykofarmaka må opphøre/forbys. Det nedsettes et lovutvalg.
- Det bygges ut nye, helhetlige modeller for psykisk helsetjeneste, hjelp, støtte og omsorg. Det bygges ut tjenester som ivaretar ”supported decisionmaking”. Et eksempel på dette kan være Personlig Ombud (www.po-skane.org). Andre forslag/eksempler som kan utredes nærmere er bruk av ”psykiatrisk testamente” og ”juridisk bindende individuell plan”.
- Det bygges ut alternative behandlingstilbud, både døgn- og dagtilbud. Behandling uten psykofarmaka bør være en mulighet for alle som ønsker det. Eksempler på dette kan være; Soteria-hus og Earthhouse, jf. tiltaksplanen.
- Tjenester i lokalsamfunnet som skal ivareta retten til et selvstendig liv, og til å være en del av samfunnet (jf. CRPD art. 19) styrkes. Eksempler på dette kan være; Åpen dialog/netteverkssamtaler (Jakko Seikkula, Finland), brukerstyrte væresteder, lavterskel krisetilbud med mer. Bolig og økonomi er forutsetninger for dette.
- Det opprettes døgn og dag tilbud med kompetanse på nedtrapping av psykofarmaka og rehabilitering av legemiddelavhengige og legemiddelskadede.
- Det opprettes et institutt for registrering og behandling av klager som gjelder krenkelser, overgrep og menneskerettighetsbrudd. Alle påstander om mishandling i psykiatrien må underlegges øyeblikkelig og uavhengig undersøkelse (jf. FNs torturkonvensjon art. 12).
- Det satses på forskning på traumer og andre skadevirkninger etter psykiatriske tvangsinngrep. Kunnskap om krenkende tvangsinngrep må dokumenteres og systematiseres. Mennesker som har opplevd skadelige tvangsinngrep må gis oppreisning og rehabilitering.

For inspirasjon og nytenkning anbefales også boken ”Alternatives beyond psychiatry” av Peter Stasny og Peter Lehmann (2007). Boken er skrevet av 61 personer; psykiatere, terapeuter, forskere, jurister, pårørende, brukere og overleverere.



Landsforeningen - We Shall Overcome

Støtteforening for mennesker i psykiatrien og deres venner

Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597 / Bankkontonr.: 6242.05.31325

Postboks 8817 Youngstorget, 0028 Oslo – besøksadresse: Møllergata 12, inng. fra Torggata.

Tlf: 22 41 35 90 Fax: 22 41 35 91

post@wso.no – www.wso.no

Leder i sentralstyret: Mette Ellingsdalen – **mette-el@online.no**