

Innspill fra WSO vedrørende behandlingskriteriet

- til møtet i Arbeidsgruppen 30/11-08

Utgangspunkt:

”Diskusjonen i arbeidsgruppen vil i første omgang konsentrere seg om argumentene for og mot behandlingsvilkåret – vi vil senere gå inn og diskutere hvordan de ulike hensynene bør vektas. I tråd med forslag fra gruppen ber vi i den forbindelse medlemmene i gruppen om å **sette opp en liste over argumenter for/i mot å fjerne behandlingsvilkåret**” (e-post fra hdir 1.9.08).

Alternativt utgangspunkt:

WSO mener at man ved å legge debatten på en slik ”pro et contra”-linje vil komme skjevt ut i prosessen med vurderingen av behandlingskriteriet. Fokuset blir utydelig dersom man legger seg på en linje hvor det debatteres for og i mot fjerning av behandlingskriteriet. Vi mener debatten og vurderingen av behandlingskriteriet bør ha et annet, mer prinsipielt og klargjørende, utgangspunkt. Vurderingen av behandlingskriteriet bør ikke hvile på en ”pro et contra”-debatt, der de argumenter som får størst tilslutning vil kunne bestemme gruppens innstilling i forhold til anbefaling om opprettholdelse eller fjerning av behandlingskriteriet. Arbeidsgruppen bør heller ikke komme i en situasjon der behandlingskriteriets eksistensberettigelse ligger som et gitt utgangspunkt, og ”bevisbyrden” for dokumentasjon og argumentasjon i forhold til eventuelle endringer legges på dem som ønsker kriteriet fjernet. Utgangspunktet må være det motsatte.

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, kreves det svært tungtveiende argumenter og hensyn som veier tyngre enn de motstridende hensyn, samt god dokumentasjon vedrørende konsekvenser av slike inngrep. Menneskerettighetene bygger på overordnede og generelle prinsipper om autonomi, selvbestemmelse, frivillighet og krav om fritt og informert samtykke. Staten har en uomtvistelig plikt til å redusere og begrense bruken av tvang til et absolutt minimum. Tvang¹ skal bare kunne benyttes der det kan dokumenteres å være strengt nødvendig. Dette må være utgangspunktet for debatten omkring behandlingskriteriet.

¹ Mange pasienter som formelt sett er frivillig innlagt, mener seg i realiteten tvangsinnlagt (Høyer & Dalgard, 2002), gjennom ulike former for uformell maktbruk, for eksempel trusler om tvang. Ut fra hvordan lovreguleringen på psykisk helsevernfeltet er bygget opp, må man kunne stille spørsmål ved om det i det hele tatt eksisterer reell frivillighet i det psykiske helsevernet, all den tid de omfattende tvangshjemlene alltid ”truer” med å komme til anvendelse dersom man motsetter seg den foreslåtte behandling, og all den tid det er behandlerne selv som beslutter hvem som menes å oppfylle kriteriene for anvendelse av tvang. Tvangsbruken blir en integrert del av virksomheten, og trusselen om tvang vil kunne henge som et tungt teppe over pasienter uavhengig av om vedkommende formelt sett er under tvungent eller frivillig psykisk helsevern. Dette kan skade tiliten til behandlingsapparatet og ødelegge mulighetene for bedring.

Arbeidsgruppen bør således stille spørsmål ved, og vurdere, hvorvidt **behandlingskriteriet kan forsvares**. Det er ikke nok å vurdere ”fordeler” og ”ulempes” ved behandlingkriteriet, og argumentere for og i mot fjerning. Dersom vilkåret skal opprettholdes, må dette kunne rettfærdiggjøres menneskerettslig, etisk og ut fra kunnskap om konsekvenser. Dersom behandlingkriteriet ikke kan forsvares, må det fjernes. Det er de som ønsker å opprettholde behandlingkriteriet, med de alvorlige og skjønsmessige tvangsinngrep det innebærer, som har ansvaret og ”bevisbyrden” for å godtgjøre at behandlingkriteriet faktisk kan rettfærdiggjøres.

Forslag til gjennomføring:

Vi mener at arbeidsgruppen istedenfor å starte med å sette opp ”pro et contra”-lister, bør forsøke å besvare noen grunnleggende spørsmål. Svarene på disse spørsmålene vil klargjøre premissene for diskusjon omkring behandlingkriteriet, og besvare delspørsmål som bør stilles på veien til å konkludere vedrørende behandlingkriteriet.

Forslag til spørsmål å ta utgangspunkt i:

1. På hvilket grunnlag og med hvilke rettssikkerhetsgarantier kan vi godta at mennesker fratras friheten og retten til å bestemme over egen kropp?
2. Hvilke hensyn ligger bak ønsket om å opprettholde behandlingkriteriet? Ivaretar loven *i praksis* disse hensyn pr. i dag?
3. Å forhindre at mennesker ”går til grunne” er et mye brukt argument for opprettholdelse av behandlingkriteriet. Hvor trekkes grensen mellom behandlingkriteriet og farekriteriet her?² Og finnes det kunnskapsgrunnlag som viser at psykiatrisk tvang forhindrer folk fra å gå til grunne? Går mennesker til grunne også til tross for, eller på grunn av, tvungent psykisk helsevern? Finnes det alternativer mellom ytterpunktene likegyldighet (la gå til grunne) og tvang?
4. Kan behandlingkriteriet forsvares ut fra kunnskap om (negative) konsekvenser av psykiatriske tvangsinngrep?
5. Er det sannsynlig at psykiatriske tvangsinngrep **hindrer** pasientens mulighet for ”helbredelse eller vesentlig bedring”?
6. Kan behandlingkriteriet forsvares når vi vet at et ukjent, men betydelig antall mennesker, påføres krenkelser, skader og alvorlige traumer som følge av psykiatriske tvangsinngrep, og vi ikke på forhånd kan vite hvem som vil oppleve tvangsbruken som overgrep, og hvem som eventuelt vil oppleve seg hjulpet?
7. Kan vi godta overgrep mot noen gjennom tvangsbruk, dersom andre opplever seg hjulpet ved bruk av tvang/til tross for bruk av tvang?

² Prof. Aslak Syse skriver i Psykisk helsevernloven med kommentarer (2007) at farekriteriet omfatter ”fare for at vedkommende forkommer eller lider overlast på en slik måte at det er alvorlig fare for eget liv eller helse”. Dette burde romme ”gå til grunne”-aspektet, slik at dette argumentet hører hjemme under farekriteriet og ikke i debatten vedrørende behandlingkriteriet.

8. Kan behandlingskriteriet forsvares menneskerettslig, når faktiske konsekvenser og dagens kunnskapsgrunnlag legges til grunn?
9. Kan behandlingskriteriet forsvares ut fra et diskrimineringsperspektiv?
10. Er behandlingskriteriet (og grunnvilkåret i psykisk helsevernloven) forenelig med prinsippene³ i den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (FNF)?

Kommentarer og innspill fra WSO:

Generelt:

Helt siden innføringen av Sinnsykeloven i 1848, har det lovgrunnlag som regulerer den psykiatriske praksis representert en tradisjon hvor det nærmest er blitt tatt for gitt at psykiatrisk tvang er nødvendig og fører til bedring for de berørte pasienter. Innenfor psykiatrien har det generelt vært en paternalistisk tradisjon, hvor fagfolkene har ment at de vet bedre enn pasientene hva som er til pasientenes beste, og denne tradisjonen og tankegangen er fortsatt utbredt, og understøttes av det gjeldende lovverk. Det legges ofte til grunn en antagelse om at pasienten *egentlig* ville ønsket behandling, men motsetter seg denne av mangel på ”sykdomsinnsikt”. Å gå inn på en slik spekulasjon, med en paternalistisk idé om at helsepersonellet vet bedre enn vedkommende selv hva vedkommende egentlig ønsker og trenger, er risikabelt og åpner for alvorlige integritetskrenkelser og overgrep.

WSO mener at dagens psykisk helsevernlov bygger på feilaktige premisser, og at det er behov for omfattende endringer i lovgivning, grunnlagstenkning og maktfordeling. Vi mener det er nødvendig å endre det lovverk og de systembetingelser som er bygget opp rundt fordommer om at mennesker med psykiske lidelser mangler selvinnsikt⁴ og ikke vet sitt eget beste, samt å motarbeide den diskriminering og de systematiske overgrep et slikt menneskesyn forårsaker.

Vi mener at det ikke kan aksepteres at en stor gruppe mennesker, basert på psykiatrisk definisjonsmakt og en diskriminerende og undertrykkende særlovgivning, får undergravet helt elementære menneskerettigheter som retten til frihet, retten til respekt for privatliv, retten til tankefrihet, frihet fra mishandling mv.

Spørsmålet man må stille er om psykiatrisk tvang *i det hele tatt* kan rettferdiggjøres når lidelsene, i form av alvorlige traumer, tap av verdighet og psykisk smerte, som ofte følger i kjølvannet av tvangsbruken tas med i regnskapet. Et regnskap som på årsakssiden påberoper seg ”pasientens beste”, men som på virkningssiden ikke har godtgjort positiv effekt for

³ Særlig viktig i denne sammenheng er prinsippet om støtte til autonomi istedenfor viljessubstitusjon og paternalisme.

⁴ Gjennom hele den lange tvangspsykiatrihistorien har mennesker blitt slept skrikende og livredde til ulike typer (ofte drastiske og svært skadelige) tvangsinngrep; lobotomi, ulike sjokkbehandlinger, nevroleptikasprøyter mv. Det at de har motsatt seg ”behandlingen” har gjennomgående vært tolket som tegn på ”manglende sykdomsinnsikt”, istedenfor rettmessig protest mot helseskadelige og/eller krenkende inngrep. Det er nødvendig å ta et oppgjør med begrepet ”manglende sykdomsinnsikt” for å få gjort noe med dagens tvangssituasjon. Å utdefinere pasientens tanker og meninger som ”manglende innsikt” er undertrykkende, hindrer likeverdig dialog og medvirkning, krenker menneskeverdet og åpner for store overgrep.

pasienten. Ut fra dagens kunnskap om konsekvenser av psykiatrisk tvangsbruk, menneskerettslige betraktninger, ikke-diskrimineringsprinsipper og krav om likhet for loven, mener WSO det vil være nødvendig å få fjernet hele særlovgivningen⁵ for det psykiske helsevern med tilhørende tvangshjemler.

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 tvangshjemlene 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. Det er nødvendig å bygge opp et mangfold i tjenestetilbudet, slik at mennesker som trenger hjelp får reelle valgmuligheter. Mange ønsker en annen form for psykisk helsehjelp enn det den tradisjonelle psykiatrien kan tilby, og motsetter seg derfor psykiatrisk behandling, hvilket innebærer en risiko for tvangsbehandling.

Det er bl.a. behov for oppbygging av ikke-medikamentelle akuttposter/døgneheter for de som ønsker det, og rehabiliteringstilbud for mennesker som sliter med legemiddelskader/-avhengighet og traumer/skader etter psykiatriske tvangsinngrep.

Spesifikt i forhold til behandlingskriteriet:

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) stiller strenge krav til myndighetene når det foretas inngrep i enkeltmenneskers frihet, privatliv mv. Slike inngrep må være i samsvar med lov, og være nødvendig i et demokratisk samfunn, f.eks. nødvendig for å beskytte helse eller moral, eller andres rettigheter og friheter. I nødvendighetskriteriet ligger det en forholdsmessighetsvurdering, slik at graden av inngrep i individets privatliv og frihet må være i samsvar med hva som kan oppnås med tiltakene (proporsjonalitetsprinsippet). Inngrepet må også være egnet til å oppnå det formål det er ment å fremme, f.eks. ”beskyttelse av helse”. Det holder ikke at formålet er godt, dersom konsekvensene av inngrepene ikke er i samsvar med formålet.

Det er myndighetene som har ansvar for å dokumentere at de tvangsinngrep som gis lovhjemmel har en effekt som kan veie opp for inngrepets art og alvorlighetsgrad og at inngrepets konsekvenser er i samsvar med det oppstilte formål. Dersom slik dokumentasjon ikke foreligger, så er man på tynn is i forhold til de menneskerettslige forpliktelser.

Psykiatri er en fagdisiplin med generelt dårlig dokumentert vitenskapelig og evidensbasert grunnlag, med svært få objektive vurderingsmuligheter, og med tilsvarende liten mulighet for etterprøving av tvangsvedtakenes rettmessighet. Psykiatrisk behandling er i stor grad basert på

⁵ Overfor personer som befinner seg i en ”overhængende og øiensynlig livsfare” har enhver plikt til å gripe inn etter straffeloven § 387. Helsepersonell har dessuten 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. Dersom den psykiatriske særlovgivningen fjernes, finnes det altså hjemler i andre lover for å beskytte liv og helse i fare. Også nødrettslige betraktninger vil kunne komme til anvendelse når det gjelder å redde noen fra fare.

kliniske vurderinger, og målbare biologiske parametere finnes ikke (Andersen et al., 2004). Det er dessuten lite empirisk kunnskap om virksomheten i norsk psykiatri (Øiesvold, 2005).

I psykiatriens 160 år lange historie med tvangslovgivning, har interessen vært stor når det gjelder å bruke tvang, og tilsvarende liten når det gjelder å registrere og rapportere tvangsbruken, samt undersøke og dokumentere virkningen av den.

Det er ikke forskningsmessig påvist positiv effekt av psykiatriske tvangsinngrep (Høyer, 2000; Høyer et al., 2002; Bjørngaard & Hatling, 2005) og det finnes ikke vitenskapelig dokumentasjon for at bruk av tvang gir et bedre behandlingsresultat enn om man hadde unnlatt å bruke tvang (Høyer, 2007). Tvert i mot. Tvangsbruk skader pasientens tillit til helsevesenet (Aarre og Bugge, 2008), forhindrer brukermedvirkning og forårsaker traumer (Stasny & Lehmann, 2007) og krenkelser (Svindseth et al., 2007). I sosial- og helsedirektoratets tiltaksplan (2006, s. 37) står det følgende: "Vi vet i dag lite om hvilken effekt henholdsvis tvungen innleggelse eller bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har på utfallet av behandlingen. (...)Vi har også lite kunnskap om hvorvidt bruk av tvang overfor enkelte pasienter (...) vil kunne være direkte skadelig".

Historier fra pasienter og pårørende er ofte 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 elektroshokk gitt uten innformert samtykke, om integritetskrenkelser, om nedverdiggende og traumatisk behandling, om maktovergrep og avmakt, og om en følelse av å være rettsløs.

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 mishandling⁶. Finnes det kompetanse og vilje i "systemet" til å identifisere overgrep og krenkelser? Og ser man de skadene og traumene som mange pasienter påføres som følge av tvangs- og maktbruk? Det kan synes som det pr. i dag eksisterer en *psykiatrisk blindson*, 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.

Det foreligger etter hvert dokumentasjon av grove krenkelser i norsk psykiatri (Tvang og Frivillighet, 2004; Kogstad, 2004; Øye, 2005; Pedersen, 2006; Lauveng, 2006; Norvoll, 2007; Vaaland, 2007; Thune, 2008), hvorav mange sannsynligvis er brudd på enkeltindividets menneskerettigheter.

Basert på den dokumentasjon som foreligger om negative konsekvenser for enkeltindivider som utsettes for psykiatrisk tvang, samt mangelfull dokumentasjon på positive effekter for

⁶ Ofte vil et tvangsinngreps rettmessighet vurderes forskjellig av psykiatrisk fagpersonale og av pasient og/eller pårørende. Hittil har den psykiatrifaglige definisjonsmakt veid tungt, og alvorlige inngrep i enkeltindividets liv, som den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) i andre sammenhenger ville ha karakterisert som brudd på menneskerettighetene, har fått passere som "nødvendig helsehjelp". Det er derfor viktig å utfordre det medisinske skjønn og den psykiatriske definisjonsmakt og virkelighetsforståelse.

pasientene, kan psykiatriske tvangshjemler og tvangsinngrep som begrunnes i pasientens "behandlingsbehov" og "eget beste" ikke forsvares. Det kan heller ikke forsvares å, ved psykiatrisk tvang, gjøre unntak fra grunnleggende menneskerettigheter, som retten til frihet og retten til respekt for privatliv, under påberopelse av behov for "nødvendig helsehjelp" (beskyttelse av helse), når man ikke har kunnskap om konsekvensen av tvangsinngrepene, ikke vet om tvangsinngrepene fører til helseskader og heller ikke kan forankre påstanden om behandlingsbehov i objektive, målbare, medisinske kriterier. Det psykiatriske tvangsgrunnlaget er, mildt sagt, meget tynt.

Behandlingskriteriet bør fjernes som grunnlag for tvungent psykisk helsevern⁷. Vi ser imidlertid at fjerning av kun behandlingskriteriet, vil kunne innebære en risiko for at farekriteriet vil bli benyttet i økende grad, sammenlignet med dagens anvendelse. Imidlertid vil rettssikkerhet, forutberegnelighet og likhet i praktisering av loven kunne være noe styrket under etablering av tvungent psykisk helsevern begrunnet i farekriteriet kontra behandlingskriteriet. Ved at vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern knyttes opp mot mer konkrete farevurderinger, unngår man spekulative vurderinger⁸ knyttet til behandlingsbehov, behandlingsgevinst, muligheter for tap av utsikt til bedring mv. Imidlertid vil også farevurderinger kunne ha et svært skjønnsmessig og hypotetisk preg.

Fjerning av behandlingskriteriet vil kunne være et første skritt på veien mot et mer humant og ikke-diskriminerende psykisk helsevern, hvor også pasientenes rettssikkerhet bedres.

Spesifikt i forhold til tvangsbehandling:

I realiteten er tvangsmedisinering (og tvangsforing, som ikke vil behandles her) den eneste mulige, lovlige, form for tvangsbehandling som er praktisk gjennomførbar, da andre former for behandling *i praksis* vil kreve medvirkning fra pasienten. Ved å åpne for tvangsbehandling gjør man således det medisinske paradigmet knyttet til psykiske lidelser dominerende, hvilket er problematisk da det ikke er tilstrekkelig grunnlag for det. Psykiatriens biologiske modeller, som "biokjemisk ubalanse i hjernen"-teorier o.a., baseres på hypoteser, og det er ikke mulig i klinisk praksis å påvise fysiologisk patologi knyttet til de spesifikke psykiatriske diagnosene. Man har ikke funnet noen sikre "avvik" ved hjernene til mennesker med psykiske lidelser,

⁷ Fjerning av behandlingskriteriet vil også være i tråd med Europarådets rekommandasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom (2004), hvor det gis en innskjerpet anbefaling av hvilke vilkår som bør gi grunnlag for tvangsvedtak. Anbefalingen ligger nært opp til et rent farekriterie, og åpner ikke lenger for tvangsinnleggelse på et rent behandlingskriterie. Det oppstilles krav om at pasientens tilstand må representere en "klar risiko for alvorlig skade for pasientens helse eller andre personer".

⁸ Vilårene for frihetsberøvelse jf. psykisk helsevernloven er generelt vage og mangler forankring i objektive kriterier, hvilket er problematisk i forhold til å oppfylle rimelige krav til forutberegnelighet, rettssikkerhet og likhet i praktiseringen. Vilårlighet i praktisering av loven gjenspeiles også i de regionale tvangsstatistikkene. Det er store geografiske forskjeller når det gjelder all bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge (Husum et al. 2005). Frihetsberøvelser som begrunnes i "behandlingskriteriet", med formuleringer som "hindre at vedkommende (...) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert" og "stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret", må sies å åpne for svært usikre, subjektive og hypotetiske spekulasjoner om mulige fremtidige forløp.

verken biokjemisk, anatomisk eller funksjonelt (Valenstein, 2000). Psykiater Christiane Kolberg sier i Klassekampen (2004, 20. januar, s. 20) at ”psykiaternes autoritet er bygget på en antagelse om at psykiske lidelser er medisinske tilstander. Det er også begrunnelsen for å gi legemidler. På tross av massiv forskning er det dårlig underbygget”.

Tvangsmedisinering med psykofarmaka er også problematisk pga. skadevirkninger (Bentall & Morrison, 2002; Andreassen & Bentsen, 2004; Read et al., 2004; Breggin, 2008), økt dødelighet/reduert levealder (Ray & Meador, 2002; Andreassen & Bentsen, 2004; NASMHPD, 2006) og utvikling av avhengighet (Simonsen et al., 2004). Særlig problematisk er bruken av de mest aktuelle preparatene i tvangsbehandlingsøyemed; antipsykotika/nevroleptika. Professor i farmakologi, Ivar Aursnes sier at bruk av antipsykotika over tid skader hjernen, fører til celledød i hjernen, øker dødeligheten blant brukerne og at dødeligheten mer enn dobles for hvert antipsykotikum som legges til pasientens medikamentliste. Sammenstilling av langtidsstudier har vist at det gikk dårligere med pasienter som hadde fått antipsykotika sammenlignet med kontrollgruppene (Aursnes, 2007).

Selve kjernen i EMK art. 8 er retten til respekt for *den fysiske og psykiske integritet*, hvilket tvangsmedisinering med antipsykotika og andre psykofarmaka innebærer en alvorlig trussel mot. Tvangsmedisinering med preparater som påvirker tanker og følelser er også 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.

Mulighet for tvangsmedisinering med psykofarmaka i behandlingsøyemed bør fjernes fra lovverket sammen med fjerningen av behandlingskriteriet. WSO mener også at det er behov for å skille mellom psykiatrisk tvang og behandling, og at psykiatrisk tvangsbehandling ikke kan kalles behandling.

Avsluttende betraktninger:

WSO ser frem til konstruktive og spennende diskusjoner i arbeidsgruppen vedrørende grunnleggende problemstillinger og premisser, og håper arbeidsgruppen tør å utfordre ”oppleste og vedtatte sannheter”.

Vi håper på diskusjoner om:

- kunnskapsgrunnlag og behandlingsforståelse
- menneskesyn og ideologi
- lovverk og maktfordeling
- menneskerettighetene som utgangspunkt for endring og humanisering

Alt dette har stor betydning for hvordan man konkluderer når det gjelder vurderingen av behandlingskriteriet.

Vi forventer også at brukerperspektivet tas på alvor og avslutter med noen ord om det.

Brukerperspektivet på behandlingskriteriet og psykiatrisk tvang

Frihetsberøvelser og annen bruk av tvang og makt i det psykiske helsevern, og da spesielt utøvd på bakgrunn av behandlingskriteriet, har lenge blitt møtt med mye motstand og kritikk fra bruker- og overlevendeorganisasjoner, menneskerettighetsorganisasjoner, jurister, helsepersonell og forskere, nasjonalt og internasjonalt (Lund, 1985; WSO, 1999; Harding, 2000; Mental Helse, 2006; WNUSP et al., 2007; Stasny & Lehmann, 2007). Motstanden ser ut til å øke i omfang og styrke.

Dersom utsagnet ”et gjennomgående brukerperspektiv forutsettes lagt til grunn” skal være mer enn tom retorikk og pynt i mandatet, forutsetter vi at standpunkter og uttalelser fra brukerorganisasjonene tas på alvor og tillegges størst vekt i arbeidsgruppens konklusjoner og innstilling.

Under en stor konferanse i Dresden om tvang i psykiatrien (7. juni 2007), arrangert av World Psychiatric Association (WPA), kom flere store internasjonale paraplyorganisasjoner for brukere og overlevende i psykiatrien (som også de norske brukerorganisasjonene er tilknyttet) med en felles uttalelse mot tvang:

”Våre organisasjoner befinner seg i en unik posisjon når det gjelder å uttale seg om dette tema fordi vi har erfart tvangspsykiatri og vet hvilke skadevirkninger det har forårsaket på våre liv og på livene til våre medlemmer, kollegaer og venner. (...) Vi mener at mennesker som har vært utsatt for psykiatrisk tvang har et moralsk krav på å få det siste ord i spørsmål som gjelder slik tvang. Vi står sammen om å kreve at all bruk av psykiatrisk tvang og makt bringes til opphør og at det utvikles alternativer til psykiatri” (WNUSP et al., 2007, s. 1).

Brukerorganisasjonene krever altså psykiatrisk tvang brakt til opphør og alternativer til psykiatri utviklet. I arbeidsgruppen står WSO og Mental Helse samlet om å kreve behandlingskriteriet fjernet. Dette må arbeidsgruppen legge til grunn som ”brukerperspektivet”.

Konklusjon:

- WSO mener at behandlingskriteriet ikke kan forsvares, og må fjernes.
- WSO mener at også muligheten for tvangsbehandling med psykofarmaka i behandlingsøyemed må fjernes fra lovgivningen.
- WSO mener at på sikt må hele psykisk helsevernloven fjernes.

I mellomtiden, og i påvente av større lovendringer, bør det innføres en juridisk bindende reservasjonsrett mot psykiatrisk tvang.