

Egenarkivert førpublisert versjon

Publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid -Volum 19 - Nr 1 2022 - Side 85-96

<https://doi.org/10.18261/tph.19.1.8>

## **QualityRights – Mot psykisk helsetjenester basert i menneskerettighetene**

### **QualityRights – Towards human rights-based mental health services**

Peter McGovern

MBBch BAO MRCPsych, psykiater og overlege Modum Bad

[petemcgovern@me.com](mailto:petemcgovern@me.com)

Mette Ellingsdalen

Leder WSO - We Shall Overcome

[mette.elling@gmail.com](mailto:mette.elling@gmail.com)

#### **Sammendrag:**

Da FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006, ble dette et avgjørende internasjonalt vendepunkt for funksjonshemmede. Det kan betraktes som begynnelsen på et paradigmeskifte. I Norge har debatten om innføringen av en ny modell i psykisk helsetjenester som vektlegger rettigheter, selvbestemmelse og recovery, ofte vært preget av store interessekonflikter. Verdens helseorganisasjons (WHO) QualityRights-initiativ representerer en mulighet til å bryte opp denne fastlåste situasjonen og innlemme rettighetene og forståelsen av psykiske helseproblemer som ligger i CRPD i psykisk helsetjenester. Forfatterne argumenterer for at psykisk helsetjenester ikke har noe å frykte, men faktisk mye å vinne på å innføre denne progressive og fremtidsrettede modellen for psykisk helsetjenester.

Nøkkelord: Person-sentrerte tjenester, recovery, CRPD QualityRights, tvang, menneskerettigheter

#### **Abstract:**

The adoption of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2006 represented an important turning point for the disability movement and the beginning of a paradigm shift. In Norway the debate on creating a new model of providing mental health services that respect rights and legal capacity and promotes recovery has been heated and appears to have reached an impasse. The WHO's QualityRights initiative provides an

opportunity to break this impasse and to build services that promote human rights and person-centered understandings of mental health conditions and psychosocial disability in tune with the CRPD. The authors argue that mental health services have nothing to fear, but much to gain, from moving toward more progressive and recovery-orientated models of providing support.

Keywords: Person-centered services, recovery, CRPD QualityRights, coercion, human right

## QualityRights – Mot psykisk helsetjenester basert i menneskerettighetene

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i FN i 2006, og Norge tilsluttet seg konvensjonen i 2013. Gjennomføringen av de endringer konvensjonen krever har gått sakte fremover i Norge og blir møtt av motstand og hindringer (Ellingsdalen & Skree, 2014).

I mars 2021 stemte regjeringen for tredje gang mot at CRPD skal inkorporeres i norsk lov (Stortinget, 2021). Det fremste argumentet mot inkorporering var at psykisk helsetjenester i Norge fortsatt skal kunne behandle mennesker mot deres vilje, og at man skal kunne bruke umyndiggjøring eller vergemål. Dette er et brudd på rettighetene i henhold til CRPD og er i direkte strid med uttalelser fra de organisasjonene som skal overvåke konvensjonens etterlevelse i Norge (Norges institusjon for menneskerettigheter; Likestillings og diskrimineringsombudet, 2020). Norge ble eksaminert i CRPD-komiteen våren 2019, og det var tydelig at skiftet fra en medisinsk modell til en sosial- og menneskerettslig modell som ligger i CRPD ikke hadde fått feste i Norge. I de konkluderende anbefalingene fra komiteen til Norge er det ikke bare anbefalinger som gjelder endring i lovverk. Det handler også om kunnskapsbygging og opplæring i den sosiale og menneskerettslige modellen for funksjonshemming (The UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2019).

Debatten om hva CRPD betyr for de psykiske helsetjenestene i Norge, både i forhold til lov og utvikling av tjenestene, har vært preget av høy temperatur og har foreløpig ikke ført til enighet. Fremtidsrettede norske behandlingsmodeller, som basal eksponeringsterapi (BET) (Heggdal et al., 2016) og medisinfri behandling i Tromsø (Whitaker, 2017) har vekket internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse, men har møtt motstand og skepsis på hjemmebane (Nyttingnes & Rugkåsa, 2021; Røssberg et al., 2017). Disse nyskapende, recoveryorienterte tilbudene ser ut til å oppfattes som en uønsket utfordrer til det etablerte systemet innen psykisk helsetjenester i Norge.

Forfatterne mener det haster med å ta de nødvendige skritt for at CRPD skal få konkret og praktisk betydning for mennesker med psyko-sosiale funksjonsnedsettelse. Det er på høy tid at de bredere implikasjonene av CRPD får fotfeste i Norge. Med dette vitenskapelige essayet ønsker vi å bryte opp i det vi anser som en fastlåst situasjon, som til dels kan skyldes grunnleggende misforståelser og bekymringer rundt implementering av CRPD i psykisk helsetjenester i Norge. Verdens helseorganisasjons (WHO) QualityRights-initiativ representerer en mulighet til å innlemme den forståelsen av psykiske helseproblemer som ligger i CRPD og de rettighetene som følger med i psykisk helsetjenester. QualityRights gir praktisk veiledning om hvordan tjenester kan utvikle seg i en retning som er fundert i rettigheter som fritt og informert samtykke, deltagelse og inkludering. QualityRights viser også hvordan vi kan legge til rette for psykisk helsetjenester som respekterer menneskerettighetene og støtter en personsentrert, samfunnsbasert praksis (Hoare & Duffy, 2021). Forfatterne håper å kunne overbevise kritikerne om at psykisk helsetjenester ikke har noe å frykte. Vi har faktisk mye å vinne på å innføre denne progressive og fremtidsrettede modellen for psykiske helsetjenester.

## **CRPD – et vendepunkt for mennesker med psyko-sosiale funksjonsnedsettelse**

Da FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006, ble dette et avgjørende internasjonalt vendepunkt for borgere med funksjonsnedsettelse og begynnelsen på et paradigmeskifte (The United Nations, 2006). Mennesker med fysiske, psykososiale, intellektuelle og kognitive funksjonsvansker blir anerkjent som innehavere av rettigheter. I tillegg skal de tildeles muligheter og tjenester som gjør at de kan leve fullverdige liv som likestilte borgere i samfunnet. CRPD krever at det innføres ikke-diskriminerende lovgivning som gjelder alle borgere, ikke særlovgivning rettet mot en gruppe som bygger på diskriminerende holdninger (Funk & Drew, 2019).

Denne FN-konvensjonen ble betraktet som et viktig skritt mot diskriminering og misoppfatninger om personer med funksjonsutfordringer – holdninger som går mange generasjoner tilbake i tid. Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse og psykiske vansker er omfattet av konvensjonen. Som gruppe møter de hindringer, fratagelse av rettigheter og diskriminering i hverdagen som gjør det umulig for dem å delta i samfunnet på en fullstendig måte (The World Health Organization, 2019).

### **Motstand mot å implementere CRPD i norsk lovgivning**

Siden konvensjonen ble vedtatt, har det vært debatt omkring tolkningen fra FNs CRPD-komité av noen sentrale bestemmelser. Særlig har artiklene 12 om *retten til å være likestilt overfor loven og rettslig handleevne på lik linje med andre* og 14 om *rett til frihet og sikkerhet* vært omstridt (Funk & Drew, 2020). Norge har tolkningserklæringer til disse artiklene, som sier at man tolker konvensjonen slik at tvang i psykisk helsevern og vergemål er tillatt, som siste utvei og underlagt rettsikkerhetsgarantier (Det kongelige utentiksdepartement, 2012). Den nyanserte og sammensatte diskusjonen som kreves omkring hvordan man skal utvikle lovverk og praksis i tråd med artikkel 12 og 14, er i Norge i stor grad redusert til spørsmålet om bruk av tvang eller vergemål i eksepsjonelle tilfeller. Fordi deler av norske myndigheter og fagfeltet ikke kan se for seg et fremtidig psykisk helsetilbud uten tvang og tvangsbehandling, treneres implementeringen av CRPD. Dette er viktige og grunnleggende spørsmål som er sentrale for gjennomføring av CRPD. Det er allikevel vår oppfatning at en snever og til tider fastlåst debatt om bruk av tvang i ekstreme situasjoner ikke bør stå i veien for å ta skritt fremover. Faren er at oppmerksomheten tas bort fra det svært viktige og presserende behovet for at mennesker med psykiske vansker og psykososiale funksjonsnedsettelse skal ha tilgang til de samme rettigheter som alle andre i det norske samfunnet, på alle livets områder. I stedet for å gjøre sitt ytterste for å finne ut hvordan man kan fremme rettslig handleevne, utvikle beslutningsstøtte og redusere og avskaffe tvangsbehandling, stoppes utviklingen på disse områdene. Nytenkende recoveryorienterte praksiser plasseres på sidelinjen som en trussel mot det bestående heller enn som en mulighet til å utvikle tjenestene i tråd med CRPD. Dette hindrer en utvikling som i seg selv kan gjøre det mulig å se for seg et psykisk helsetilbud som fullt ut ivaretar menneskerettighetene.

Tvangsreduksjon har vært et uttalt mål for norske myndigheter siden Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), og det har vært igangsatt en rekke prosjekter for å redusere bruken av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). En av grunnene til at dette ikke lykkes kan være at tvang anses som en integrert og nødvendig del av psykisk helsevern, ikke som uønskede unntakshendelser. Å bygge robuste tjenester som er fundert i menneskerettighetene krever noe annet og mer enn avgrensede forsøk på å redusere tvang uten å endre fundamentet. CRPD stadfester at mennesker med nedsatt funksjonsevne har samme menneskerettigheter som andre mennesker. De er borgere med rett til å være likestilte på alle livets områder. Det handler om mye mer enn å slutte med tvangsbruk i psykisk helsevern. Det handler om å respektere at mennesker uavhengig av funksjonsnedsettelse eller psykiske kriser har rett på å bli sett, hørt og behandlet som likestilte borgere. Det handler om å gå bort fra et reduksjonistisk menneskesyn hvor symptomer, diagnoser og andres vurdering av behov for behandling plasserer en person som «en av de andre», som har mindre rett på respekt for autonomi og livsvalg.

Hvis betydningen av CRPD for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelser reduseres til kun å omhandle regulering av tvangsbruk, blir det umulig for andre sentrale og grunnleggende aspekter ved CRPD å befestes seg. Slik kan dagens kliniske praksis, som ikke er basert på CRPD, fortsette å være den mest utbredte. CRPD er tydelig på at folk har rett til selv å bestemme hvilken behandling og støtte de ønsker å motta, og at de har rett til frihet og sikkerhet (The United Nations, 2006). Disse rettighetene må respekteres, beskyttes og håndheves under norsk lov. Det er også nødvendig å befestes en grunnleggende forståelse for hvorfor dette er viktig innenfor psykisk helsetjenester og betydningen av å utvikle tjenester som tilrettelegger for at dette kan skje. Det kan se ut som om myndighetenes holdning til CRPD i psykisk helsevern er motvillig og nølende. Fagmiljøer og myndigheter evner ikke å se dette som en mulighet til å utvikle mer humane tjenester med høyere kvalitet og bedre resultater, i tråd med borgernes menneskerettigheter. For mange som jobber innen det psykiske helsetilbudet fremstår menneskerettigheter som noe fjernt og ideologisk, langt fra den praktiske virkeligheten. Det er her WHO's QualityRights prosjekt kan være et sentralt hjelpemiddel for å nå målet.

### **Hva er QualityRights?**

QualityRights er WHO's globale initiativ for å forbedre psykisk helsetjenester og styrke menneskerettighetene til mennesker med psykososiale, kognitive og intellektuelle funksjonsnedsettelser (The World Health Organization, 2019).

Da CRPD trådte i kraft, var det synlig at et av de områdene hvor det krevdes store endringer var psykisk helse. Det eksisterer et stort gap mellom rettighetene nedfelt i CRPD og de rådende praksisene som dominerer dette feltet. Behovet for utvikling og opplæring var stort, både for myndigheter og i tjenestene.

WHO's QualityRights initiativ ble utviklet som en reaksjon til både diskriminering og traumatiske praksiser, som gjennomføres under betegnelsen «behandling». QualityRights

erkjenner at skadelige praksiser er en realitet for mennesker over hele verden som lever med psykososiale funksjonsnedsettelse og psykiske vansker. Tvangssterilisering av kvinner med intellektuelle funksjonshemninger (Elliott, 2017), frihetsberøvelse, institusjonalisering, inngripende og potensielt irreversible inngrep og behandlinger uten fritt og informert samtykke (Funk & Drew, 2019) er en del av hverdagen og er et globalt aspekt ved psykiske helsetjenester. Norge er intet unntak, også her preges psykisk helsevern av en tradisjon hvor maktutøvelse er en integrert del av det psykiske helsevernet. Tvangsmedisinering er utbredt, beltelegging, isolasjon og skjerming like så (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999; NOU 2019: 14). Elektrosjokk uten fritt og informert samtykke er også en del av den norske virkeligheten, selv om store deler av befolkningen ikke vet om at det forekommer (Sivilombudsmannen, 2018). Dette bakteppet mister man ofte av syne når man diskuterer hvorfor og hvordan det er nødvendig å endre det psykiske helsetilbudet. Hvis vi virkelig skal strebe etter å skape et inkluderende samfunn som fremmer og respekterer rettighetene til alle borgere, må disse rettighetsbruddene snarest mulig forvises til psykiatriens historiebøker.

WHO tok tak i denne problematikken og utviklet QualityRights-prosjektet (The World Health Organization, 2019; The World Health Organisation, 2021). QualityRights gir veiledning om hva CRPD betyr for utvikling av politikk og tjenester innenfor psykisk helse og hvordan slike tjenester kan utformes i praksis. Materialet er utarbeidet i samarbeid med mennesker med erfaringskompetanse, organisasjoner for funksjonshemmede og fageksperter innen psykisk helse og behandling fra hele verden.

WHOs QualityRights-prosjektet har som mål å forene og styrke menneskers og myndigheters arbeid med å forbedre kvaliteten innen psykisk helse og relaterte tjenester og å fremme menneskerettighetene til mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse og psykiske vansker. Det gis konkret veiledning i hvordan man kan sette rettighetene ut i praksis innenfor psykiske helsetjenester.

QualityRights har fem definerte hovedmål (The World Health Organisation, 2019):

- Kapasitetsbygging for å bekjempe stigma og diskriminering, og fremme menneskerettigheter og recovery.
- Forbedre kvaliteten og etterlevelse av menneskerettighetene i psykisk helse og relaterte tjenester.
- Utvikle lokalbaserte og recoveryorienterte tjenester som respekterer og fremmer menneskerettighetene.
- Utvikle en bevegelse i sivilsamfunnet som kan påvirke politikk og tjenesteutvikling.
- Reformere nasjonal politikk og lovgivning i tråd med CRPD og internasjonale menneskerettsstandarder.

Prosjektet består i dag av en rekke forskjellige ressurser og tiltak, tilpasset både overordnede strategier, tjenesteutvikling og opplæring av helsepersonell, personer med funksjonsnedsettelse og deres nettverk samt for det bredere samfunn.

QualityRights har opplæringsmoduler som gir kunnskap og kompetanse for å øke forståelsen av og kunne fremme menneskerettigheter, recovery og personsentrerte tjenester. Modulene er både rettet mot de som bruker og de som er ansvarlige for psykisk helsetjenester (The World Health Organization, 2019). Modulene består av både teoretisk opplæring i menneskerettigheter og praktiske, konkrete eksempler og problemstillinger. De forskjellige opplæringsmodulene gir veiledning i overordnede temaer som å forstå menneskerettighetene, recovery og retten til helse, samt retten til selvbestemmelse og rettslig handleevne. Det er også spesialiserte moduler for konkrete tema, som strategier for å hindre isolasjon og hindre bruk av tvangsmidler. Kunnskap om beslutningsstøtte (*supported decision making*) og fremtidsplanlegging er også vektlagt. E-læringsprogrammet bygger på disse modulene, og kan tas i bruk av land eller organisasjoner etter avtale med QualityRights-teamet. Det gir tilgang til en interaktiv, dynamisk læringsplattform med mulighet til diskusjon av problemstillinger og spørsmål.

QualityRights er i kontinuerlig utvikling for å oppnå målene. I 2021 ble det lansert en ny veileder i samfunnsbaserte psykisk helsetjenester som fremmer rettigheter og personsentrerte tilnærminger. Her gis det eksempler på mer enn 20 beste praksis eller «gold standard»-tjenester fra hele verden, tiltak som har kommet langt i å fremme rettigheter og recovery (The World Health Organisation, 2021). Alle tjenestene som beskrives er vurdert etter fem kjerneprinsipper: respekt for rettslig handleevne, ikke-tvangsbasert praksis, deltagelse, inkludering i samfunnet og recoveryorientering. Hva som ligger i kjerneprinsippene og hvorfor de er viktige, er beskrevet i en overordnet del først i veilederen som gir forståelse av kontekst. De fleste av tjenestene som presenteres i veilederen eksisterer innenfor et rammeverk eller lovgivning som ikke er fullt i tråd med CRPD, men har allikevel lyktes i å ta opp i seg de sentrale aspektene og forståelsen som ligger i konvensjonen. Det er eksempler på et bredt spekter av tjenester som retter seg mot ulike behov. Det kan være hjelp i en psykisk krise, lokalbaserte psykisk helsetjenester, oppsøkende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet og sykehusbaserte tjenester. I tillegg er det utarbeidet en praktisk del for hver av de syv kategoriene av tjenester, som gir en detaljert beskrivelse av hvordan tjenesten er bygget opp, hvordan menneskerettighetene er integrert i tjenestene, positive resultater de har oppnådd og utfordringer de har møtt. Det gis også forslag til konkrete skritt som kan tas for å utvikle nye tjenester. Denne veilederen representerer et stort steg videre for hvordan det er mulig å endre nasjonal politikk og tjenesteutvikling i tråd med beste praksis, CRPD og andre internasjonale menneskerettsstandarder.

### **Personsentrerte og recoveryorienterte tilnærminger**

Det skiftet som ligger i CRPD og QualityRights til en rettighetsbasert og sosial modell går hånd i hånd med andre strømninger innenfor psykisk helsefeltet. Kritikken av den bio-medisinske og diagnosebaserte modellen kommer fra mange hold og med forskjellige begrunnelser (Ekeland, 2021; Puras, 2017). Å kun forlate den bio-medisinske modellen fører ikke automatisk til at menneskerettighetene respekteres og fremmes. Rettighetsbruddene mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse opplever og møter, skjer og har skjedd

over en lang tidshorison, på tvers av forskjellige kulturer, behandlingsmodeller og rammeverk.

QualityRights fremmer en recovery- og personsentrert tilnærming og en kontekstuell forståelse av psykiske utfordringer. Det fins ikke *en* enkelt dekkende definisjon av hva recovery er, og det handler om både den enkeltes personlige prosess og samfunnet rundt personen (Borg & Karlsson, 2013). QualityRights fremhever det personlige ved recovery som håp, mening og å gjenvinne kontroll over egen identitet og eget liv. Det fremmer også samfunnsorienterte perspektiver som mulighet til arbeid, bolig og samfunnsdeltagelse. En recoverytilnærming har som mål å adressere alle de sosiale determinantene som påvirker menneskers psykiske helse, inkludert relasjoner, utdanning, arbeid, levevilkår, samfunnstilknytting, åndelighet og kunstneriske og intellektuelle ambisjoner. Den understreker nødvendigheten av å plassere temaer som tilhørighet, mening og verdier i sentrum og helhetlig adressere og utfordre ideen om at behandling av psykisk helse kun handler om diagnoser og medisiner (Tew et al., 2011; The World Health Organisation, 2021). En personsentrert tilnærming handler om likeverd i relasjoner mellom helsepersonell og den som har et hjelpebehov, med respekt for den enkeltes verdier og livserfaring (Johansen, 2020).

Behandlingstilbud for personer som erfarer psykososiale utfordringer kan ha store variasjoner avhengig av kultur og samfunn. En rettighetsbasert modell betyr at respekt og styrking av den enkeltes grunnleggende menneskerettigheter ligger som fundament, uavhengig av kulturelle variasjoner. Dette kommer tydelig frem i QualityRights-veilederen om samfunnsbaserte psykisk helsetjenester, hvor et bredt spekter av ulike tilnærminger fra forskjellige land presenteres. Felles for disse tjenestene er at de styrker selvbestemmelse og den enkeltes rettslige handleevne, som er en sentral menneskerett. Å styrke og fremme selvbestemmelse handler om mer enn å ikke frata noen denne rettigheten. Når vi skal bygge opp fremtidens psykisk helsetjenester, må vi se på hva som kan styrke personens muligheter til å ivareta egne interesser, både på et individuelt og et strukturelt nivå. Det samme gjelder for andre rettigheter, som deltagelse og inkludering i samfunnet. QualityRights mener at en recoverybasert og personsentrert tilnærming legger godt til rette for at dette kan skje.

### **Fra overformynderi og tvang til støtte til deltagelse og egne valg**

Det sentrale aspektet ved artikkel 12 i CRPD er at alle mennesker har rettslig handleevne, som kan forstås som retten til å ta sine egne beslutninger på lik linje med andre (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014). QualityRights fremmer bruk av beslutningsstøtte, på engelsk *supported decision making* (The World Health Organization, 2019). Dette står i motsetning til overformynderi eller beslutningstaking fra tredjeparter, hvor en person blir fratatt retten til å ta sine egne beslutninger enten det dreier seg om behandling eller annet. Skiftet fra beslutningstaking ovenfra basert på hva som anses som «personens beste», til støtte til beslutninger fundert i personens vilje, ønske og verdier, representerer et paradigmeskifte (The World Health Organization, 2019). Når CRPD går bort fra en «beste interesse»-modell, som har vært rådende i store deler av verden, er det fordi konsekvensene

av en slik modell er godt kjent. Det har vært systematisk fratagelse av rettigheter og overgrep mot personer med funksjonsnedsettelse, utfra en intensjon om å hjelpe og til vedkommendes eget beste. CRPD anerkjenner at alle mennesker, uavhengig av forutsetninger eller kompetanse, har en vilje og preferanser og rett til at dette respekteres og understøttes. Beslutningsstøtte handler om å forstå, støtte og gjennomføre personens egen vilje og valg, ikke å få dem til å ta valg som er i tråd med det behandlingspersonale, pårørende eller omgivelsene mener er det beste. Det vil variere hvor mye støtte man ønsker og trenger, avhengig av hvilke personlige behov man har.

Utviklingen av beslutningsstøtte har ikke kommet langt i Norge. Det finnes ikke en enkelt mal på hvordan beslutningsstøtte skal settes inn i et system eller lovverk, og det er nødvendig med utviklingsprosjekter for å se hvordan man kan få det til (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2021). For å handle i samsvar med CRPD artikkel 12 og 14, må vi tenke nytt om hvordan vi skal møte mennesker med psykiske problemer, som rettighetsinnehavere med full rett til å ta sine egne beslutninger. Modulene i QualityRights beskriver hvordan beslutningsstøtte, sammen med fremtidsplanlegging, nedtrappingsstrategier fra medikamenter og Ulysses-klausuler i de aller fleste tilfeller kan gjøre at man unngår bruk av tvangsbehandling. Ulysses-klausuler er ikke en utbredt praksis i Norge, det handler om fremtidsplanlegging, noe som innebærer å gjøre avtaler som kan være midlertidig bruk av f.eks. tilbakeholdelse etter personens tidligere uttalte vilje (Flynn, 2019). Dette kan være aktuelt hvis en person vet at han i en ekstrem tilstand vil kunne gjøre ting han vil angre på og ikke ønsker og vil hindres fra dette. Denne type avtaler, som innebærer å handle mot personens vilje i øyeblikket ut fra tidligere uttalte ønsker, må følges opp grundig for å sikre at det som gjøres faktisk er i tråd med personens ønsker.

Mange av de sentrale punktene i QualityRights, som forhåndserklæringer og beslutningsstøtte, kan innlemmes som god klinisk praksis innen psykisk helsetjenester uten at det kreves større lovendringer. En forhåndserklæring og kriseplan kan gi all nødvendig informasjon om en persons vilje og preferanser i en krisesituasjon, og dette bør være et grunnprinsipp i moderne psykisk helsevern. Fra et pragmatisk og realistisk perspektiv innser QualityRights at konflikt ikke alltid kan unngås. Det er en vei å gå før man har tjenester som er i tråd med CRPD og ikke minst et samfunn der CRPD er fullt implementert. Det vil også kunne oppstå nødrettslignende situasjoner, som ville utløst tvang for alle borgere uavhengig av funksjonsnedsettelse. QualityRights gir veiledning om hvordan man kan lære av slike hendelser for å sikre at de ikke gjentar seg (Funk & Drew, 2020). Slike hendelser må behandles som unntak hvor man ikke lykkes, ikke som en integrert del av praksis.

### **Er CRPD og QualityRights «anti-psykiatrisk» og en trussel mot psykiatrien som fagfelt?**

Aktivister og representanter fra brukerorganisasjoner blir ofte fremstilt som om de prøver å avskaffe psykisk helsetjenester, eller de blir omtalt som motstandere av all psykiatri (Hoare & Duffy, 2021; Wondemaghen, 2018). Det de ønsker å avskaffe, er den psykiatriske kulturen som preges av tvang, paternalisme og diskriminering og ikke det psykiske helsetilbudet i seg selv.

QualityRights og recovery-fokusert åpner for alle former for støtte som en person skulle ha ønske om å benytte seg av i sin bedringsprosess, inkludert medisin og psykiatrisk hjelp (The World Health Organization, 2019). Imidlertid er det aldri noen tvil om at det er personen selv som bestemmer hvilke hjelpetiltak og -strategier som skal iverksettes. Recovery er en grunnleggende unik erfaring, og selv om medisinsk behandling potensielt kan spille en viktig rolle i en persons bedring, bør det ikke presenteres eller tilbys som det eneste relevante eller viktigste middelet. Medisiner bør heller ikke påtvinges mennesker som har tatt et klart og bevisst valg om å avstå fra å bruke dem: Medisin bør som annen behandling være frivillig og kun brukes ved fritt og informert samtykke. Det er viktig å være bevisst på at feilaktig bruk av medisiner, overmedisinering eller dokumenterte bivirkninger i seg selv kan føre til nye lidelser (Young et al., 2015). Personen selv må ha all tilgjengelig informasjon for å kunne ta en informert avgjørelse om sin egen behandling. Dette bør ikke betraktes som noe revolusjonerende eller kontroversielt eller være en tilnærming som kun er begrenset til en liten andel av våre psykisk helsetjenester, det bør være et grunnleggende prinsipp for god praksis. Det er ingenting i CRPD eller QualityRights som er anti-psykiatrisk eller ideologisk uforenlig med bruk av medikamenter. Det er allment akseptert at medisiner og psykiatriens mer generelle terapeutiske verktøykasse kan spille en rolle for noen mennesker (The World Health Organization, 2019). Forfatterne oppfatter ikke at dette skiftet i perspektiv må være en eksistensiell trussel mot psykiatrien, men det psykiatriske fagfeltet må tilpasse seg en ny virkelighet hvor psykiatri ikke har en særstilling, men er en av mange tilgjengelige tilbud. Alle behandlingstilnærminger må vurderes i forhold til om de oppleves som nyttig for den det gjelder, i tillegg til evidens og etikk. Dette bør være en god anledning for psykiatere til å utvikle sitt eget fag, i tråd med menneskerettighetene.

### **Personsentrerte tjenester i praksis**

Overgangen til en ny forståelsesmodell innenfor psykisk helsetjenester innebærer at brukerne plasseres i sentrum av alle beslutninger som angår livene deres. Forskjellige behandlingsmetoder kan inngå som ett av mange verktøy for en person som prøver å orientere seg i en komplisert livssituasjon, psykisk helsetilstand eller psykososial funksjonsnedsettelse. Det er opp til hver enkelt person å avgjøre hvilke av disse verktøyene som vil bidra positivt i deres liv, og når de bør tas i bruk. Det er avgjørende at vi går bort i fra tjenester som tvinger mennesker til å samtykke til behandlinger eller støttetiltak de ikke opplever som nyttige. Dette gjelder spesielt når det er fare for å gjenskape traumer fra vold eller kontroll som mange av våre tjenestebrukere allerede har vært offer for. Frihet, retten til å ta sine egne beslutninger og å vinne tilbake kontrollen over sin egen livshistorie, er en menneskerett og også av terapeutisk verdi. Dette bør utgjøre et grunnprinsipp for alle moderne og fremtidsrettede psykisk helsetjenester. Dette vil føre til bedre tjenester som gir bedre resultater, i tråd med menneskerettighetene og i tråd med det mennesker faktisk ber om og trenger.

Det sivile samfunnet og brukerorganisasjonene har vært krystallklare i sine meninger når det gjelder hva de forventer fra den norske regjeringen og helsetjenesten (CRPD-koalisjonen, 2019). Utvikling av rettighetsbaserte og recovery-orienterte psykisk helsetjenester må skje i

overensstemmelse med alle rettigheter som beskrives i CRPD. Dette vil være et viktig skritt i prosessen med å oppnå likeverdige og inkluderende samfunn som gir like rettigheter til alle mennesker. Vi må stoppe den strukturelle og systematiske diskrimineringen og fratagelsen av rettigheter for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse og psykiske vansker. Dette betyr en styrking, ikke en svekkelse, av det psykiske tjenestetilbudet, som vil bli mer robust og treffe bedre de mennesker etterspør når de kommer i psykisk krise.

### **Hvordan kan QualityRights tas i bruk i Norge?**

QualityRights' utvikling og opplæring foregår i dag i en rekke land, og materialet er oversatt til mange språk. QualityRights-materialet, inkludert de forskjellige kursmodulene, ligger åpent tilgjengelig for bruk. Det kreves imidlertid en mer målrettet innsats for å ta det i bruk i Norge, og dette bør settes i gang fra myndighetenes side. For å øke tilgjengeligheten og forståelsen må materialet oversettes til norsk. Det er behov for opplæring på forskjellige arenaer og for mange målgrupper, inkludert ledere og tjenesteutviklere, helsepersonell på alle nivåer og for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse. Det kan skje i form av seminarer og kurs, både sentralt og lokalt. Det bør inngå som en del av de forskjellige utdanningene innen psykisk helse og integreres i faglige retningslinjer og veiledere. Hvis e-læringsprogrammet tas i bruk i Norge, gir det rom for grundigere diskusjoner og utvikling av dypere forståelse hos den enkelte. QualityRights kan også tas i bruk i form av ulike lokale initiativ, hvor man kan bruke de forskjellige modulene som utgangspunkt for kurs.

### **Fra kritikk og debatt til handling**

Norge har fått omfattende og gjentagende kritikk fra mange av FNs menneskerettighetsorganer for behandlingen av mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse i psykisk helsevern (The UN Committee Against Torture; The UN Committee on Social, Economical and Cultural Rights CESCR, 2020; The UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2019).

Høsten 2019 var FNs spesialrapportør for disability på besøk i Norge, og hun påpekte i sine avsluttende kommentarer (forfatterens oversettelse):

«I stedet for å regulere unntak for bruk av tvang, bør diskusjonen rette søkelyset på systemiske endringer for å forhindre og avslutte bruk av tvang. Det inkluderer utvikling av samfunnsbaserte tjenester og tilbud om støtte, inkludert beslutningsstøtte og respons på psykisk helsekriser som ikke innebærer tvang. Som demonstrert ved suksessen til to forskjellige tvangsfrie tjenester spesialrapportøren besøkte i Norge – Basal eksponeringsterapi ved Vestre Viken sykehus på Blakstad og den medisinfrie avdelingen ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø – er det mulig å gi psykisk og psykososial støtte av høy kvalitet uten å bruke noen form for tvang i selv de mest komplekse tilfellene. Spesialrapportørens rapport om funksjonshemming-spesifikke former for frihetsberøvelse inneholder ytterligere nyttig veiledning.» (The UN General Assembly Human Rights Council, 2020, s. 14).

Norske myndigheters avventende holdning til å endre lovverket i tråd med CRPD behøver ikke å stå i veien for all implementering av CRPD i det psykiske helsetilbudet. Å ta QualityRights systematisk i bruk er en mulighet til å komme videre. QualityRights er en gavepakke myndighetene kan bruke til å løse etablerte og anerkjente utfordringer i psykisk helsetjenester.

## Referanser:

- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). General Comment No. 1, Article 12: Equal Recognition before the Law, UN Doc. CRPD/C/GC/1.
- CRPD-koalisjon. (2019). *Alternativ rapport til FN-komiteen for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*.
- Det kongelige utentiksdepartement. (2012). Prop. 106 S (2011–2012) *Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*.
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ellingsdalen, M. & Skree, L. (2014). Hvor blir det av paradigmeskiftet i Norge? – Menneskerettighetsutviklingen siden 2006. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 270–276. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-03-09>
- Elliott, L. (2017). Victims of Violence: The Forced Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia. *Laws*, 6(3), 8. <https://doi.org/10.3390/laws6030008>
- Flynn, E. (2019). The rejection of capacity assessments in favor of respect for will and preferences: the radical promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*, 18(1), 50–51. doi: 10.1002/wps.20605
- Funk, M. & Drew, N. (2020). WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 69–76.
- Funk, M., & Drew, N. (2019). Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*, 18(1), 43–44. DOI: 10.1002/wps.20600
- Heggdal, D., Fosse, R. & Hammer, J. (2016). Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders. *Front Psychiatry*, 7, 198. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00198>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). *Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)*.
- Hoare, F. & Duffy, R. M. (2021). The World Health Organization's QualityRights materials for training, guidance and transformation: preventing coercion but marginalising psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 218(5), 240–242. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.20>
- Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien*, 108–109. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80196
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2021). *Retten til selvbestemmelse: Fra vergemål til beslutningsstøtte*.
- Norges institusjon for menneskerettigheter; Likestillings og diskrimineringsombudet. (2020). *Inkorporering av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)*. Norges handikapforbund.

- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nytingnes, O. & Rugkåsa, J. (2021). The Introduction of Medication-Free Mental Health Services in Norway: An Analysis of the Framing and Impact of Arguments From Different Standpoints. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 16–31. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685024>
- Puras, D. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. UN Human Rights Council.
- Røssberg, J. I., Andreassen, O. A. & Ilnes, S. (2017). Medisinfrie sykehusposter – et kunnskapsløst tiltak. doi: 10.4045/tidsskr.17.0091
- Sivilombudsmannen. (2018). *Årsmelding for 2017 Dokument 4: 1 (2017–2018)*. Sivilombudsmannen.
- Stortinget. (2021). Sak nr. 6 [11:54:01]. *Møte tirsdag den 9. mars 2021*.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2011). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>
- The UN Committee Against Torture. (n.d.). *CAT Concluding Observations*. The United Nations.
- The UN Committee on Social, Economical and Cultural Rights CESCR. (2020). *CESCR Concluding Observations*. The United Nations.
- The UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2019). *CRPD Concluding Observations*. The United Nations.
- The UN General Assembly Human Rights Council. (2020). *Forty Third Session. Visit to Norway. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, A/HRC/43/41/Add.3* The United Nations (HRC).
- The United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Assembly Resolution 61/106 (2006)*.
- The World Health Organization. (2019). *QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation*. Retrieved from (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).
- The World Health Organisation. (2021). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. The World Health Organisation.
- Whitaker, R. (2017). *The Door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open*. Hentet 30.5. 2021, fra Mad in America: <https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/>
- Wondemaghen, M. (2018). Testing Equality: Insanity, Treatment Refusal and the CRPD, 25(2), 174–185. <https://doi.org/10.1080/13218719.2017.1371575>
- Young, S., Taylor, M. & Lawrie, S. (2015). «First do no harm.» A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. 29(4), 353–362. <https://doi.org/10.1177/0269881114562090>