

**«Retten til å bestemme selv – menneskerettigheter og psykisk helsevern»**

**Innlegg på Akuttpsykiatrikonferansen 2019, 07.02.19, v/ Heidi Wittrup Djup**

*Innledning*

Først og fremst vil jeg takke for at jeg ble invitert til å snakke på denne konferansen. Jeg er, som det ble sagt, medlem av menneskerettighetsutvalget til Norsk psykologforening, og vi blir veldig glade hver gang noen av oss får mulighet til å si noe om menneskerettigheter og hvilken betydning de har i møtet mellom system og mennesker.

Og så var jeg veldig glad for at Einar Øverenget skulle snakke før meg – for **det eksisterende mennesket** er jo i bunn og grunn det vi treffer hele tiden. Enten det er her, der ute, eller innenfor rammene av psykisk helsevern – så er det alltid et *helt* menneske, med en *hel* eksistens vi møter. En forståelse av hvem vi er – og opplevelsen av å bli til i vår omgang med omgivelsene.

I lys av dette, tenker jeg at menneskerettigheter griper inn i selve kjernen av hva det vil si å være et menneske.

Menneskerettigheter rammer inn vår eksistens og tydeliggjør hva som bidrar til å fremme verdighet, integritet og autonomi. Mer konkret gir menneskerettigheter rammer for hva politikere kan beslutte, og de avgrenser handlingsrommet myndighetene kan tillate seg når det gripes inn i individets private sfære.

Som helsepersonell, er vi en del av dette rammeverket. Det må vi håndtere med respekt, kompetanse og mot.

—

Det er særlig tre tema jeg ønsker å dvele litt ved her i dag.

Det første gjelder hva menneskerettigheter er og hvilke forpliktelser Norge har. Så ønsker jeg å snakke om hvordan dette angår psykisk helsevern, før jeg til slutt sier noe om juridisk bindende forhåndserklæringer og bruk av tvang.

—

Men helt først vil jeg innlede med et dikt av Gunvor Hofmo.

Hun hadde en kronisk paranoid psykose og var under behandling for schizofreni i mange år, men gav likevel ut 20 diktsamlinger før hun døde i 1995. Hun skildrer sterkt og nært denne opplevelsen av å nesten gå i indre oppløsning. Hun skildret også opplevelsen av å være innlagt i psykiatrien, og det er verdt å dele her i dag.

*I diktet «Trær i sykehusalleen», fra 1972, skriver hun*

Du har krøpet ut  
fra de store skoger  
fra stillheten  
ved vannene  
der vårens ødslige sus  
blåser over våt mose  
og inn hit  
lik et politikorps som  
venter foran et omringet hus  
Vi er de innringede evige  
forbrytere  
som overgir oss i  
vår fornedrelses svakhet  
og legger vår bitre hverdag  
i deres hender

*(Fra November, 1972)*

Dette er sterke ord – som skildrer hvordan det kan føles å være innlagt.

Følelsen av å måtte overgi seg og legge sin hverdag i noen andre sine hender.

Det er kanskje sånn det føles.

For når vi møter sårbare pasienter, midt i en psykisk krise, blir jo omsorgen for dem, og beslutningene som skal tas *om* dem, overført til våre hender. Det er en krevende oppgave å skulle forvalte det ansvaret.

Noen ganger svikter vi våre pasienter i det ansvaret.

---

Intensjonene våre er gode, men gode hensikter er ikke nok.

Vi må erkjenne at våre intensjoner ikke nødvendigvis sammenfaller med opplevelsen pasientene får av behandlingen vi gir.

Vi må erkjenne at vi jobber innenfor system der maktforholdene er asymmetriske og krenkelser derfor potensielt kan forekomme.

Det er mye makt bak låste dører.

Vi kan begå utilsiktede overgrep eller bli stilltiende vitner til urett, hvis vi ikke kjenner til grunnleggende menneskerettigheter og baserer vår praksis på en forståelse av disse.

---

Derfor trenger vi kunnskap om menneskerettigheter, og vi trenger rammebetingelser, holdninger og gode nok forutsetninger til å kunne ivareta pasientenes grunnleggende rettigheter og styrke deres integritet, verdighet og medbestemmelse.

### Så hva er menneskerettigheter?

Menneskerettighetene forteller oss at alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og grunnleggende rettigheter. Alle mennesker. De gjelder uansett kjønn, politisk ståsted, etnisitet og livssyn, og varer livet ut.

FNs verdenserklæring er grunndokumentet i det internasjonale arbeidet for menneskerettigheter. Erklæringen består av 30 artikler som definerer hva menneskerettigheter er og gjelder for alle medlemsland, men er likevel ikke juridisk forpliktende.

Det er det derimot konvensjonene, som er. FN har gjennom årenes løp vedtatt ni konvensjoner og flere tilleggsprotokoller, og det er først når medlemslandene slutter seg til disse konvensjonene, eller ratifiserer dem som det heter, at statene har forpliktelser i henhold til disse bestemmelsene.

Det er *stater* som er forpliktet til å følge det som står i verdenserklæringen og menneskerettighetskonvensjonene. Det er altså ikke du eller jeg, men *staten* som vil holdes ansvarlig for å bryte menneskerettighetene.

Men staten skal ikke bare gripe inn *når* eller forhindre *at* brudd skjer, den skal også legge til rette for at alle mennesker får sine grunnleggende rettigheter *ivaretatt og oppfylt*.

Gode, tilgjengelige og likeverdige helsetilbud er derfor en viktig menneskerettslig forpliktelse for Norge.

Og det er vi som helsepersonell, som er statens tjenestemenn. Vi er delegert oppgaver som gir disse forpliktelsene kraft.

—

### *Menneskerettigheter i Norge*

Norge har ratifisert nesten alle FN-konvensjonene. I tillegg har Norge siden 1999 hatt en egen menneskerettighetslov, og da Grunnloven ble revidert i 2014, ble også flere menneskerettigheter tatt inn der. Rent juridisk, blir konvensjonene enten tatt inn i norsk lovgivning – eller så blir eksisterende lovverk tilpasset slik at lovene er i overensstemmelse med den internasjonale folkeretten. Og hvis noen lover står i motstrid med hverandre, har *konvensjonsbestemmelsene* forrang.

Menneskerettighetene har derfor et veldig sterkt vern i Norge, og det skal vi være stolte av, men det betyr ikke at vi er ufeilbarlige, eller at vi alltid følger dem.

Vi kan stadig vekk lese kritikk av Norge i rapporter utarbeidet av ulike FN-organ og nasjonale overvåkningsorgan, som for eksempel Sivilombudsmannen eller Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Blant annet får vi kritikk i saker som angår diskriminering av personer med funksjonsnedsettelse, av lesbiske, homofile og transpersoner, i måten vi behandler enslige mindreårige flyktninger på, interneringen av flyktninger på Trandum – der sitter folk fengslet uten dom -, isoleringen av innsatte i fengsler og mangelfulle helsetilbud til dem – og, relevant i denne sammenheng; **behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.**

For selv om norsk lov, etiske retningslinjer og rutiner på arbeidsplassen i det store og hele samsvarer med menneskerettighetene, befinner virkelighetens *praksis* seg ofte i gråsoner. Sårbare personer får sine grunnleggende rettigheter krenket også her til lands – og det skjer innenfor rammene av psykisk helsevern.

—

Vi er mange som har sett hvordan traumatiserte, unge, overgrepsutsatte mennesker blir båret gjennom korridorene på lukket avdeling, og spent fast i beltesenger når de blir urolige. Ingen får meg til å tro på at det *alltid* har vært nødvendig. At det *alltid* har vært reell og konkret fare for noen, at alt annet har blitt prøvd i forkant for å roe ned, og at dette var siste utvei og til beste for pasienten. Jeg tror ikke på det.

Og vi har eksempler på at de blir liggende der. I timevis, lenge etter de har blitt rolige igjen. Hvorfor har vi rolige mennesker liggende i belter?

Så har vi skjermingstiltak.

Skjerming er ikke ment som isolasjon eller straff, men hvis vi spør pasientene, viser det seg ofte at de i stor grad *opplever* det sånn. Sivilombudsmannen påpeker i en rapport fra 2018 det de omtaler som en «bekymringsfull bruk» av skjermingstiltak. De skriver at skjerming er sterkere og ligner mer på isolasjon enn behandlingsformålet skulle tilsi, og mener skjerming gir en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling i psykisk helsevern.

Vi vet jo hva isolasjon kan gjøre med folk. Det hjelper ikke at vi kaller det for skjerming, hvis pasienten opplever det annerledes.

Så har vi tvangsernæring av livstruende, underernærte anorektiske pasienter. Opphører alltid tvangen i det pasienten igjen er utenfor livsfare? Nei. Den gjør ikke det. Og da er det ikke lenger lovlig tvangsbruk.

Og hva med tvang i norske sykehjem? Nesten alle tilsyn avdekker ulovlig bruk av tvang. En rapport fra 2014 påpeker utstrakt, udokumentert tvangsbruk, og ansatte som forteller om mangelfull kompetanse og utilstrekkelige ressurser. Det er ikke lov å bruke tvang overfor pasienter med begrunnelse om at det var for få ansatte på jobb.

Den siste tiden har vi også sett i media at Sivilombudsmannen stiller spørsmål ved om ulovlig tvangsbruk kan være utstrakt i psykisk helsevern. De har nylig konkludert med at to ulike Fylkesmannsembeter har lagt en uriktig forståelse av kravet til stor sannsynlighet til grunn i saker som angår tvangsmedisinering. De skriver blant annet at Psykisk helsevernloven ikke gir hjemmel til å «**forsøke**» eller «**prøve ut**» tvangsmedisinering med antipsykotika, med mindre kravet til «stor sannsynlighet» for tilstrekkelig positiv effekt er oppfylt.

Konklusjonen var at disse vedtakene om tvangsmedisinering var ulovlig.

I den ene saken er det snakk om ulovlig tvangsmedisinering av en 16 år gammel gutt.

I den saken ber Sivilombudsmannen Fylkesmannen om å vurdere hvordan det skal bøtes på den urett som er begått overfor denne gutten.

---

### *Internasjonal kritikk*

Kritikken mot psykisk helsevern kommer også fra internasjonalt hold.

FNs torturkomité skrev senest i fjor skrev en oppsummerende rapport med bekymringer og anbefalinger til Norge når det gjelder psykisk helsevern.

Komiteen er bekymret for den utstrakte tvangsbruken, og nevner blant annet at ECT gis ved nødrett, uten samtykke, uten at dette er hjemlet i lov. De er bekymret for at det gis nevroleptika, til tross for risikoen for varige og irreversible fysiske og mentale konsekvenser. Det påpekes også en bekymring for at det mangler ressurser til mindre inngripende tiltak overfor pasienter som er i tvungen behandling, og at det gis utilstrekkelig informasjon til pasienter om hvordan de kan klage på behandlingen de mottar. Videre er det bekymringsfullt at det er store geografiske forskjeller i bruken av tvang og at tvangsbruken ikke registreres godt nok.

De anbefaler, på bakgrunn av dette, at Norge sikrer bedre informasjon om hva behandlingen innebærer, og at vi sikrer at det gis anledning for en samtykkekompetent pasient å **nekte skjerming, nekte behandling** eller **nekte medisinske intervensjoner** som nevroleptika og ECT.

Komiteen er klokkeklar når de anbefaler at tvang skal være siste utvei, begrenset i tid, og helt nødvendig av hensyn til liv og helse – og kun komme til anvendelse når pasienten ikke er samtykkekompetent.

Menneskerettighetene åpner altså for at tvangsbruk kan forekomme, men det skal bare tas i bruk på en måte som samsvarer med menneskerettslige standarder.

Det må være et sterkt juridisk, førende prinsipp at all behandling skal være informert og frivillig, så sant ikke klart og strengt definerte, eksepsjonelle omstendigheter, tilsier noe annet.

**“Clearly and strictly defined exceptional circumstances”, skriver de.**

Det er da vi kan bruke tvang.

Men bildet er komplisert og sammensatt. Det gjenstår en rekke diskusjoner og avklaringer knyttet til hvordan staten kan oppfylle sine forpliktelser etter FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Den vektlegger økt selvbestemmelse og ikke-diskriminering av personer med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse. Da er det et spørsmål om tvangslovgivningen i det hele tatt *kan* rette seg særskilt mot personer med psykiske lidelser, eller om dette er diskriminerende i seg selv.

---

---

Det er dessverre mange eksempler på at tvang har blitt tatt i bruk uten at de lovmessige vilkårene for dette er til stede. Men selv der det juridisk sett er legitimt, er det likevel et stort spørsmål om det er til pasientens beste.

Bruk av tvang i psykisk helsevern kan få store, negative konsekvenser for den enkelte.

I noen tilfeller er tvang livsviktig – og gjort på riktig måte er den også til reell hjelp for den det gjelder.

Men for andre er veien tilbake til seg selv blitt enda lenger etter møtet med psykisk helsevern.

---

Jeg traff nylig en kvinne som sa til meg at hun heller ville dø enn å måtte ta nevroleptika igjen. Hun var ikke suicidal og hadde aldri vært det. Men i valget mellom døden og nevroleptika med tvang, var hun klar på hva hun hadde valgt.

Hun var redd for å måtte møte psykisk helsevern igjen, for erfaringsmessig ville hun da bli utsatt for tvangsmedisinering.

Igjen; vi kan ha de beste hensikter, men det hjelper ikke når behandlingen i realiteten er til skade for pasienten og de opplever det integritetskrenkende og som et maktovergrep.

Vi må lytte til de som har førstehåndserfaring i dette feltet. Og det er brukerne selv.

---

#### *Juridisk bindende forhåndsreklæringer*

Og det er derfor vi i Norsk psykologforenings menneskerettighetsutvalg før jul skrev en tilrådning til foreningens sentralstyre om å arbeide politisk for å sikre pasienter en anledning til å skrive juridisk bindende forhåndsreklæringer. Det var et enstemmig sentralstyre som vedtok dette 6. desember 2018. Arbeidet med hvordan dette skal se ut i praksis, er nå så vidt i gang, og det er et arbeid vi tar fatt på med ydmykhet og respekt.

Disse erklæringene vil innebære at en person, i en tilstand der vedkommende uomtvistelig er samtykkekompetent, får anledning til å fatte en beslutning om eget liv og helse, og reservere seg mot at behandlingstiltak gis ved tvang dersom han eller hun senere mangler samtykkekompetanse. Det blir som et testament for ens egen behandling.

Juridisk bindende forhåndsreklæringer er i tråd med konvensjonsbestemmelser og anbefalinger fra torturkomiteen, og bringer oss videre i en utvikling der individets autonomi, integritet og verdighet illegges stadig større vekt.

Enda viktigere, de er basert på pasientens egne erfaringer og kunnskapen som foreligger om behandlingseffekt, virkning og bivirkning.



En samtykkekompetent person, med kompetanse på sitt eget liv og sin egen helse, må gis anledning til å si nei til behandling som faktisk kan skade dem. Mange av dem har prøvd det før. De vet hva de snakker om.

---

Vi arbeider innenfor system der *vi* har definisjonsmakten, *vi* har forutsetningene til å gripe inn i folks liv, men det er *brukerne* som må bære risikoen ved at *vi* trør feil.

Det er *de* som må ta kostnadene ved å bli retraumatisert av å bli holdt nede eller beltelagt.

Det er *de* som må leve videre med hull i hukommelsen, fordi ECT ble gitt som nødrett, men uten samtykke.

Det er *de* som må bære konsekvensene av medikamentell behandling som ikke bidrar til bedring, men som tvert imot påfører dem langvarige og alvorlige bivirkninger.

---

Vi kan ikke tvinge pasientene våre til å ta denne risikoen eller bære disse konsekvensene.

Det er helsetjenestene sitt og *vårt* ansvar å finne alternativene til tvang.

---

#### *Alternativ til tvang*

Og det ansvaret er vi heldigvis i stand til å ta, viser det seg.

Det er nemlig kommet veldig mange rapporter og eksempler på tiltak som fører til redusert tvangsbruk.

Hvis vi har ressurser, kompetanse og drivkrefter nok, så klarer vi å redusere tvang. De som prøver, de som satser på det, de har klart det.

Viktige kjennetegn ved disse tiltakene er

økt involvering av brukeren,

kartlegging av hva som kan trigge pasienten og hva vedkommende har behov for når ting blir vanskelig,

gode relasjoner og kontinuitet i forholdet mellom pasient og helsepersonell,

deeskalerende kommunikasjon – lenge før uroen når et nivå der tvang blir aktuelt,

evaluering og etter-samtaler,

bruk av kriseplan og fjerning av belteseng.

**Alt dette hjelper oss til å få ned tvangsbruk.** Det forteller oss at det ikke er egenskaper ved pasienten eller diagnosen som i seg selv nødvendigvis er kilden til tvang – men de ytre rammene, systemet og det terapeutiske klimaet de blir møtt med.

Og det kan vi gjøre noe med.

Men ledelsen må ville det.

Og myndighetene må legge til rette for organisatoriske endringer og tilstrekkelige ressurser, sånn at vi kan fokusere på kompetanseheving og videreutvikling av våre terapeutiske ferdigheter, og dermed settes i stand til å møte personer i krise med reell omsorg og hjelp.

---

Psykisk helsevern skal hjelpe – ikke påføre mennesker nye krenkelser.

Pasienter skal ikke måtte overgi seg og legge sin hverdag i våre hender, sånn som Gunvor Hofmo skrev.

De skal få hjelp til å ta seg selv tilbake igjen.

---

Og da er vi litt tilbake til det eksistensielle mennesket igjen.

Opplevelsen av å **finne seg selv** og **bli til**, i møte med andre.

Vi må møte hele mennesket.

Med alle sine rettigheter, eksistensielle behov, relasjoner, omgivelser og fremtidstro.

Vi må arbeide for å fremme autonomi og integritet – og ivareta den iboende, ukrenkelige verdien ethvert menneske innehar.

Retten til medbestemmelse henger uløselig sammen med dette, og blir derfor en del av selve fundamentet for god helse.

---

Takk for oppmerksomheten.