



erfaringskompetanse.no



Introduksjon til menneskerettigheter innen psykisk helsefeltet

erfaringskompetanse.no 2010:4



erfaringskompetanse.no **2010:4**

©erfaringskompetanse.no 2010

ISSN: 1891-6503

ISBN: 978-82-998301-2-6

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forsideillustrasjon: Wera AS

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

www.erfaringskompetanse.no

Innhold

| | |
|--|----|
| FORORD | 5 |
| INNLEDNING | 7 |
| I MENNESKERETTIGHETER I DET PSYKISKE HELSEVERN | 9 |
| Grunnleggende rettigheter alle har | 9 |
| Menneskerettigheter er forpliktende juss | 10 |
| II FAKTA OM MENNESKERETTIGHETER | 13 |
| Internasjonal håndheving og kontroll | 14 |
| Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg | 14 |
| CPT -Den europeiske torturkomite | 15 |
| Kontrollordningene i FN | 15 |
| Internasjonale anbefalinger til Norge | 15 |
| III MENNESKERETTIGHETER I DEN DAGLIGE OMSORG | 17 |
| Holdningene avgjør handlingene | 17 |
| Viktige menneskerettighetsprinsipper | 19 |
| Den minste inngreps prinsipp- Kravet til proporsjonalitet | 19 |
| Rettsikkerhet | 20 |
| Bottom up prinsippet – pasientens perspektiv | 21 |
| Brukermedvirkning – samme formål | 22 |
| Helsearbeiderens utfordringer | 23 |
| IV MENNESKERETTIGHETER OG TVANG | 27 |
| Vilkårene er strenge | 27 |
| Ulike former for tvang | 28 |
| Påvirker relasjonen | 30 |
| En belastning for helsearbeideren | 32 |
| V NOEN MENNESKERETTIGHETER FOR PASIENTENE | 35 |
| Retten til helsehjelp | 35 |
| Retten til respekt for privatlivet og familielivet | 36 |
| Retten til personlig frihet | 39 |
| Retten til ikke å bli utsatt for nedverdiggende eller umenneskelig behandling | 40 |
| Retten til respekt for livet | 41 |
| NOEN TANKER TIL SLUTT | 43 |
| LITTERATURLISTE | 45 |



FORKORTELSER

Verdenserklæringen – FN deklarasjon av 10. desember 1948.

EMK – Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon av 4. november 1950.

BK – FN Barnekonvensjon av 20. November 1989

SP – FN Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966.

ØSK – FN Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 16. desember 1966

EMD – Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg

CPT - Europarådets torturkomite

Kvinnekonvensjonen – FNs konvensjon om avskaffelse av all form for diskriminering av kvinner av 18. desember 1979.

CoE Rec. – Rekommandasjon fra Europarådet

Forord

Menneskerettigheter har dype røtter i vår kultur. Både den antikke filosofi og den kristne og humanistiske kulturtradisjon har gitt viktige bidrag til menneskerettstenkingen frem mot vår egen tid. Ingen ting tyder på at dette feltet er mindre aktuelt i dag. Nettopp det å aktualisere og konkretisere de grunnleggende verdier på nye områder, viser seg å være like nødvendig som det er utfordrende. I så måte har Nasjonalt senter for erfaringskompetanse et ønske om å bidra til utvikling av relevant faglig refleksjon og økt bevissthet omkring menneskerettigheter innen psykisk helsefeltet.

Vi forstår at vi beveger oss i et område der det ikke finnes lettvinde svar, men der vi i samarbeid kan meisle frem noen håndfaste holdepunkt som tåler virkeligheten og dens dilemmaer. På hvilken måte angår menneskerettighetslovgivningen din daglige praksis som helsearbeider i møte med brukere og pårørende innenfor det psykiske helsefeltet? Hvordan kan vi bygge en behandlingskultur basert på menneskerettighetsprinsippene og respekten for enkeltindividet? Det er en klar sammenheng mellom menneskerettigheter og behandlingsmiljøer preget av medmenneskelighet. Hvor er risiko for krenkelser størst hos oss?

Vi ønsker i dette introduksjonsheftet å formidle tydelig og nyansert om et tema som utfordrer oss alle. Som borger av et samfunn vil det være en menneskerett å ha innflytelse over spørsmål som gjelder en selv, å bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende egenverdi. Samtidig må det erkjennes at det er vanskelig å sikre psykiatriske pasienter et godt rettsvern. I en tid der fokus ofte rettes på organisasjon og økonomi, kan menneskerettighetene være en innfallsvinkel til større bevissthet rundt helsearbeideres ansvar for god medmenneskelig behandling som supplement til den rent medisinske behandling.

Målgruppen er helsepersonell generelt og ansatte innen psykisk helsevern spesielt. Vi håper dette heftet gjennom kombinasjon av fagtekst, eksempelfortellinger og spørsmål kan danne grunnlag for ny kunnskap og refleksjon som kan bringe praksis et skritt fremover. Heftet peker på verdien av relasjonsbyggende arbeid, at mange får god hjelp, helsearbeiderens dilemmaer og forholdet mellom menneskerettigheter og tvang.

Menneskerettighetsjurist Gro Hillestad Thune har den tyngde det gir å kombinere solid fagkunnskap med viktig erfaringskompetanse, blant annet har hun sittet som medlem av Den europeiske menneskerettighetskommisjon 1982 - 1998. Høyskolelektor Siri Blesvik har vært medforfatter i slutfasen av arbeidet. Takk til dere begge.

En stor takk til ansatte ved Avdeling for akutt- og korttidspsykiatri, Sykehuset Innlandet, som har kommet med viktige innspill i prosessen. Takk til dere som gjennom egne historier åpner for at vi kan se relevans i forhold til egen yrkesutøvelse.

Skien, 1.februar 2010

Hilde Hem Daglig leder - Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse



**Gå ikke foran meg
- kanskje vil jeg ikke følge deg**

**Gå ikke bak meg
- kanskje vil jeg ikke føre an**

**Gå ved siden av meg
- og vær blot min venn**

Albert Camus

Introduksjon

Dette heftet er spesielt laget med tanke på helsepersonell innen de psykiske helsetjenester. Denne gruppen helsepersonell har en spesielt krevende oppgave. Pasientene er i en følelsesmessig turbulent situasjon. Mange er berøvet sin personlige frihet og utsatt for inngripende tiltak som pasienter og pårørende opplever krenkende.

Menneskerettighetene er rettigheter alle mennesker har også når de er psykiatriske pasienter. Det er statens ansvar å sikre at alle borgeres rettigheter respekteres i praksis. Mange har plikter som følge av dette. Et slikt ansvar har også den enkelte helsearbeider. Når de handler, har de derfor en plikt til ikke å krenke pasientenes menneskerettigheter. Vi kan si at de opptrer på statens vegne.

Menneskerettighetssituasjonen til pasienter i det psykiske helsevern er omtalt i Handlingsplanen for menneskerettigheter, St.meld. nr 21 (1999 - 2000). Der beskrives helt konkret behovet for opplæring av helsepersonell i menneskerettigheter og tiltak for å redusere bruken av tvang. Dette har sammenheng med myndighetenes mangeårige bekymring for omfanget av frihetsberøvelse og andre former for tvang, en bekymring som gjentas i Norges offisielle rapport til FN høsten 2009.



I MENNESKE- RETTIGHETER I DET PSYKISKE HELSEVERN

Grunnleggende rettigheter alle har

”Alle mennesker er født frie og like i verdighet og rettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.”

Slik begynner FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter.

De fleste forstår meningen med dette. Samtidig skaper slike høytidelige ord avstand og gjør det vanskelig å forstå at menneskerettighetene har noen sammenheng med det som skjer i helse- og omsorgssektoren i Norge. Enklere blir det ikke når vi blir fortalt at menneskerettighetene er ”universelle grunnleggende rettigheter vi alle har i kraft av å være mennesker”.

I det psykiske helsevernet er mye gjort for å sikre at pasientene blir behandlet med respekt. Et detaljert regelverk, individuelle planer og løpende kontroll fra kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter. Det ansvarlige personalet har lang utdanning og praktisk erfaring. F.eks Sykepleierfaget omfatter juss, medisin, psykologi, kommunikasjon, etikk og brukermedvirkning. Alle er forpliktet til å respektere lover og forskrifter i tillegg til de faglige retningslinjer som pålegger dem ”å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”.

Til tross for alt dette rapporteres det stadig om krenkelser og mangel på respekt av grunnleggende rettigheter fra pasienter og pårørende. Mange pasienter og pårørende etterlyser respekt for menneskerettighetene, fordi de har hatt opplevelser hvor de har følt seg krenket, ikke blitt tatt alvorlig når de har bedt om psykiatrisk hjelp eller opplevd manglende omsorg og medmenneskelighet.

Når vi her bringer dem inn i norsk psykisk helsevern er det med utgangspunkt i følgende:

1. Menneskerettighetene er forpliktende juridiske regler som nå er tatt inn i den norske lovsamlingen og derfor må etterleves i alle situasjoner hvor de har praktisk betydning.

2. Reglene er ment som et ekstraverd for personer som skiller seg ut, ikke lett klarer å ivareta egne interesser, oppfører seg annerledes enn det som anses normalt, eller er spesielt sårbare og derfor lettere stigmatiseres og behandles dårlig.
3. Forutsetningen for at menneskerettighetene respekteres i praksis, er at de som er forpliktet til å etterleve dem vet hva som står i reglene, jf II. Fakta om menneskerettigheter.
4. Pasienter, pårørende og deres advokater må også kjenne reglene og reagere hvis de ikke følges i konkrete situasjoner
5. Kontroll- og tilsynsapparatet har ansvar for å påse at ikke bare norske lovregler, men også menneskerettighetene respekteres.
6. Menneskerettighetssituasjonen til pasienter under psykiatrisk behandling får stadig større internasjonal oppmerksomhet.

Menneskerettigheter er forpliktende juss

Stortinget har bestemt at Norge skal delta i det internasjonale menneskerettighetssamarbeidet og være en viktig pådriver internasjonalt. Myndighetene har forpliktet seg til å etterleve forskjellige menneskerettighetskonvensjoner i vårt eget land. Dette er fulgt opp blant annet ved menneskerettighetsloven som ble vedtatt i 1999. Det faktum at menneskerettighetsbruddene er flere og alvorligere i andre land, fritar ikke for denne plikten til aktivt å påse at det ikke skjer brudd her i landet. Derfor må helsemyndighetene og den enkelte helsearbeider handle i samsvar med de konvensjoner som er vedtatt.

Menneskerettighetene er regler som skal beskytte enkeltmennesker mot forskjellige former for maktmisbruk fra myndighetenes side. Det er snakk om rettigheter som vi alle har i kraft av å være mennesker, men de er spesielt viktige for dem som lettest blir dårlig behandlet.

Norske myndigheter er klar over at mennesker med psykiske lidelser er en slik gruppe og at de har et ansvar for at menneskerettighetene deres ikke brytes. Dette fremgår av diverse offentlige dokumenter og referater fra debatter i Stortinget. Før nye regler på psykiatrifeltet vedtas, vurderes det nøye om de er i samsvar med våre internasjonale menneskerettighetsforpliktelser. Når regjeringen med jevne mellomrom oversender rapporter til internasjonale kontrollorganer, omtales også situasjonen til psykiatriske pasienter. Norske helsemyndigheter har gjennom årene mottatt kritikk for og forslag om forbedringer, nettopp for å sikre pasientenes rettsvern og unngå krenkende behandling og overgrep. Alt dette viser at menneskerettighetene har sin nødvendige plass i det psykiske helsevern.

Myndighetenes viktigste tiltak for å tilpasse norsk praksis til menneskerettighetene har vært å innarbeide dem i psykiatriloven. Mange tror derfor at hvis denne etterleves, kan det ikke skje menneskerettighetsbrudd. Ideelt sett er det riktig, men ikke alltid i praksis. Spørsmålet om menneskerettighetene er respektert, avhenger av hva som skjer i møtet mellom den enkelte pasient og den enkelte helsearbeider. Også en handling som gjøres innen lovens ramme, eller er hjemlet i lov, kan være brudd på pasientens menneskerettigheter. Det er ikke tilstrekkelig at handlingen er forankret i et formelt vedtak, hvis den påfører pasienten en urimelig belastning.

Slik er det på mange områder i samfunnet og slik er det i psykiske helsevern. Uansett hvor mye lovgivere strever med å lage gode lover, er det ikke mulig å gardere seg helt mot at det i konkrete situasjoner skjer brudd på menneskerettighetene. Mennesker i utsatte situasjoner trenger et ekstra vern i tillegg til det rettsvernet den vanlige lovgivning gir dem. Derfor trenger pasienter i det psykiske helsevern menneskerettighetene.

Figuren nedenfor viser hvordan kunnskap om menneskerettigheter supplerer annen kunnskap f.eks sykepleiere får i sin utdanning og praksis.





II FAKTA OM MENNESKE- RETTIGHETER

Menneskerettighetene finner vi

- I. På internasjonalt plan som del av folkeretten
- II. I vår nasjonale lovgivning
- III. I det psykiske helsevern hvor reglene skal etterleves.

Dette at reglene befinner seg på tre nivåer samtidig, gjør det nødvendig å forklare litt nærmere.

På internasjonalt plan finner vi reglene i Verdenserklæringen, forskjellige menneskerettighetskonvensjoner, rekommendasjoner, prinsipperklæringer og retningslinjer. Konvensjonene er mest forpliktende i juridisk forstand. Alle menneskerettighetsreglene er vedtatt etter andre verdenskrig. Arbeidet med dette regelverket begynte med FNs Verdenserklæringen som er en slags "menneskerettighetenes grunnlov", prinsipielt viktig, men ikke juridisk bindende. Stadig vedtas nye menneskerettighetsinstrumenter, som dokumentene også kalles. FN har nylig vedtatt en konvensjon som skal sikre funksjonshemmedes rettigheter, som også omfatter mennesker med mentale lidelser. Den er viktig fordi den tydeliggjør mange sider ved staters ansvar for personer med mentale lidelser.

I den norske lovsamling har myndighetene bestrebet seg på å tilpasse norske lovregler til de internasjonale menneskerettighetene. Det gjelder også psykisk helsevernloven. De menneskerettighetsregler som har størst selvstendig betydning finner vi i *Menneskerettighetsloven av 1999*. Loven bestemmer at fire sentrale menneskerettighetskonvensjoner skal gjelde som overordnet norsk lov. ¹ § 3 i menneskerettighetsloven bestemmer at alle artiklene i disse konvensjoner skal gjelde som overordnet norsk lov. ² Det betyr at reglene går foran be-

¹ De fire konvensjoner er Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP), FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs Barnekonvensjon (BK).

² § 3 lyder: Bestemmelsene i konvensjoner og protokoller som er nevnt i § 2, skal ved motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.

stemmelsene i psykisk helsevernloven hvis det oppstår konflikt. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) tillegges i praksis størst vekt, fordi den håndheves av Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg.

I det psykiske helsevern, i praksisfeltet, er menneskerettighetene forpliktelse for den enkelte helsearbeider. Normalt vil det være tilstrekkelig å etterleve psykisk helsevernloven og andre helselover. Men den enkelte helsearbeider har i tillegg et selvstendig ansvar for å etterleve bestemmelsene knyttet til menneskerettighetsloven. Dette ansvar har også det enkelte medlem av kontrollkommisjonene, saksbehandlerne hos fylkesmannen og i Statens Helsetilsyn.

Saken som er omtalt nedenfor viser at det ikke alltid er nok å følge norsk lov selv om den er tilpasset menneskerettighetene.

Oslo tingrett avsa våren 2007 en dom hvor Folloklinikken og Aker Universitetssykehus ble dømt for brudd på artikkel 5 (retten til personlig frihet) og artikkel 8 (retten til respekt for privat- og familielivet) i EMK. Saksøkeren var en ung kvinne som ble tvunget til å komme til klinikken ved trussel om å bli hentet av politiet. Hun ble så sendt videre til tvungen observasjon på Blakstad sykehus før hun ble sendt hjem etter et døgn.

Før kvinnen gikk til domstolen, hadde hun klaget til Helsetilsynet i Fylket, Statens Helsetilsyn og Sivilombudsmannen. Ingen av disse instanser fant noe å utsette på den formelle fremgangsmåten. De vurderte ikke om det hadde skjedd brudd på en menneskerettighetsbestemmelse. Det ansvar Stortinget har pålagt nasjonale klageinstanser gjennom å vedta menneskerettighetsloven, ble ikke fulgt opp i denne saken.

Internasjonal håndheving og kontroll

Det å ha rett er ikke alltid det samme som å få rett. Også menneskerettighetene må håndheves. Den håndheving som skjer i Norge, først og fremst ved domstolene, må suppleres med internasjonale kontrollordninger. Det finnes mange. Her omtales de viktigste for oss.

Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg

Domstolen behandler klager fra enkeltmennesker i Europa som mener deres stat har krenket en av deres rettigheter i EMK. Først må alle klagemulighetene i eget land være utnyttet. I praksis betyr det domstolsbehandling helt opp til den øverste domstol. I Norge er det Høyesterett.

Menneskerettighetsdomstolen har myndighet til å avsi en bindende dom. Det betyr i praksis at klageren får autorisert bekreftelse på at han eller hun er blitt dårlig behandlet. Myndigheter som får en dom mot seg, blir forpliktet til å ta aktive grep for å redusere risikoen for at det

samme skal skje igjen. Hva som skal til avhenger av hva saken gjelder. Det kan bli nødvendig å endre en lov, eller stramme inn på praksis.

Det store flertall av klager til Strasbourg kommer fra personer under straffeforfølgning.

Domstolen har avsagt relativt få dommer i klager på psykiatrisk behandling, ingen mot Norge. Det blir av noen tolket som tegn på at psykiatrien har relativt fritt spillerom. En mer sannsynlig årsak er at veien til Strasbourg er for lang og kostbar for de fleste pasienter i psykiatrisk behandling.

CPT -Den europeiske torturkomite

Komiteens oppgave er å beskytte personer i lukkede institusjoner, også psykiatriske, mot dårlig behandling, krenkelser og for å påse at rettssikkerheten er tilfredsstillende. Den reiser på inspeksjonsbesøk i alle europeiske land og har vært i Norge fire ganger, siste gang i 2006.

Etter hvert besøk lages en rapport hvor myndighetene får kritikk og anbefalinger om forbedringer. I rapportene til Norge har komiteen flere ganger påpekt at pasienter i psykiatrien har behov for bedre informasjon og anbefalt myndighetene ikke å bruke fotlenke og håndjern når pasienter hentes til psykiatrisk behandling. Også andre forhold er blitt påtalt. Komiteen har avslørt brudd på art 3 i EMK – retten til ikke å bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling – på Dikemark sykehus og på Brøset.

Kontrollordningene i FN

De fleste menneskerettighetskonvensjoner Norge har forpliktet seg til å etterleve, er vedtatt av FN. FN har ingen egen menneskerettighetsdomstol. Konvensjonene håndheves først og fremst ved at statene med visse mellomrom sender rapporter om menneskerettighetssituasjonen. Rapportene vurderes av internasjonale kontrollkomiteer. Noen slike komiteer behandler også klager fra enkeltmennesker, men de har ikke myndighet til å avsi noen bindende dom. Derfor skjer det relativt ofte at et lands myndigheter ikke følger komiteens anbefaling.

Internasjonale anbefalinger til Norge

Norske myndigheter mottar regelmessige tilbakemeldinger fra de forskjellige organer som skal passe på at statene oppfyller sitt ansvar under menneskerettighetene.

Blant slike tilbakemeldinger som spesielt gjelder psykiatrifeltet kan nevnes:

1. Pasientene må i tilknytning til en innleggelse sikres bedre informasjon om sine rettigheter, klagemuligheter osv.
2. Norske myndigheter må skaffe seg bedre informasjon om hvordan menneskerettighetene rent faktisk etterleveres i det psykiske helsevern

3. Håndjern og fotlenker bør ikke brukes ved henting av pasienter.
4. Behandlingstilbudet til innsatte i fengsler med alvorlig psykiske problemer må forbedres
5. Enkelte navngitte pasienter har vært utsatt for brudd på sin rett til ikke å bli utsatt for nedverdiggende eller umenneskelig behandling



III MENNESKE- RETTIGHETER I DEN DAGLIGE OMSORG

Holdningene avgjør handlingene

Menneskerettighetene er juridiske regler som er innarbeidet i psykiske helsevernloven. Menneskerettighetsbrudd kan skje selv om reglene i denne loven er fulgt. Det avgjørende er *handlingen*. Vi må se på hva som skjedde helt konkret i den situasjon pasienten opplevde å bli krenket. Hvordan ble hun hentet av politiet? Hva forårsaket belteleggingen og hvordan foregikk det? Hvordan gjennomførte man skjermingen? Hva skjedde da pasienten ba om en spesiell medisin? Hvilken kontakt ble tatt med de pårørende? Ble deres mening tatt hensyn til? Hvilken begrunnelse ble gitt da mobiltelefonen ble beslaglagt?

Spørsmålet om menneskerettighetene er respektert eller ikke, må avgjøres ut fra en konkret vurdering av om det som skjedde var forsvarlig og nødvendig i den konkrete situasjon.

Vi begynner med Tina som beskriver hvordan hun ble behandlet helt forskjellige på to ulike institusjoner.

1. Tina hadde i flere år vært pasient på en psykiatrisk institusjon. Hun kom dit mens hun var midt i en sorgprosess. Hennes eldre søster var nettopp død av en overdose. På sykehuset fikk hun i løpet av tre år ikke en eneste gang snakke med en psykolog. Hun følte at det kun var snakk om oppbevaring på et trygt sted.

En natt mistet hun kontrollen og skadet seg selv alvorlig i ansiktet. Ingen spurte henne hvorfor hun hadde gjort det. Derimot ble hun straks plassert på et rom like ved vaktrommet. Der ble hun passet på av en person hele døgnet i to måneder. Maten kom inn på rommet, yoghurt hver morgen, grøt hver middag. Hun ble fotfulgt på do og til røykerommet, hvor alle de andre fikk beskjed om å fjerne seg mens Tina var der. Hun ble holdt totalt avskåret fra omverdenen, fikk ikke ringe, ikke lese bøker, ble nektet kontakt med kjæresten og familien. Moren sendte brev hun ikke fikk lese. Tina skulle skånes for alle

inntrykk, men ble ikke fortalt hvem som bestemte det og hvorfor det ble gjort. Hun var ikke psykotisk. Lå det meste av dagen overlatt til seg selv og sine egne tanker. Når noen snakket til henne var det alltid for å fortelle hvor viktig det var at hun var der og ble passet på og at hun hadde små sjanser for å klare seg utenfor.

Når Tina forsøkte å være optimistisk ble hun jekket ned med stadige kommentarer om å gå og legge seg – beskjed om at hun trengte ro. Samtidig var det ingen som spurte om hva hun selv mente hun trengte. Hun opplevde en form for klam og undertrykkende omsorg.

2. Senere på et annet sykehus i en annen kant av landet skjedde det en natt omtrent det samme. Tina mistet kontrollen og skadet seg alvorlig om natten. Neste morgen kom en sykepleier og satte seg på sengekanten og snakket med henne. "Vi skjønner at du har det vondt og hadde det ekstra ille i natt. Men jeg tror du klarer å spise middag sammen med de andre likevel. Sykepleieren ble sittende. Lyttet og prøvde å finne ut mer om hvorfor natten hadde vært så ille for Tina. Samtidig ga hun oppmuntring og håp. Tina klarte derfor å komme seg på bena og spiste sammen med de andre. Hun mener hun ikke ville klart det uten sykepleierens tydelige oppmuntring.

Tina har opplevd hvor viktig det var at en sykepleier trodde på henne og utfordret hennes egne krefter og ressurser istedenfor det hun opplevde som overbeskyttelse. For Tina var det viktig å bli vist tillit og gitt håp. Hun trengte en dytt fra en omsorgsfull sykepleier. For henne fungerte det dårlig med det hun selv betegner som «klam og passiviserende omsorg» fra pleiere som hele tiden forteller henne hvor lite hun klarer selv og hvor viktig det er at de passer på henne.

Alle er ikke som Tina. Alle trenger nok håp, men noen trenger kanskje mer ro i tilsvarende situasjon. Sykepleieren kan ikke gjette seg til hvem som trenger hva. Han må så godt som mulig prøve å få kontakt for å finne ut hva pasienten selv mener hun trenger i en krisesituasjon. God omsorg forutsetter tillit. Sykepleieren må lytte og prøve å unngå å legge sine egne svar i munnen på pasienten.

For å handle riktig er det viktig med gode holdninger. Gode holdninger fremmes best i behandlingsmiljøer hvor medarbeiderne gis tillit og hvor det forventes at de tar et selvstendig ansvar for å tilpasse egne handlinger til pasientenes behov. Da reduseres risikoen for at pasienter utsettes for krenkelser og overgrep.

SPØRSMÅL:

1. Nevn eksempler på situasjoner hvor en pasient kan ha opplevd seg krenket. Hva kunne vært gjort annerledes?
2. Nevn eksempler på situasjoner hvor en tvangsinnlagt pasient ble ivaretatt på en ikke-krenkende måte.

Viktige menneskerettighetsprinsipper

Sammenhengen mellom menneskerettigheter og etikk, kan kanskje oppfattes som at respekt for menneskerettighetene er det samme som å være snill. Dette er nok riktig, men menneskerettighetene handler om noe mer. Her skal vi se på et noen sentrale prinsipper.

Den minste inngreps prinsipp- Kravet til proporsjonalitet

Som en generell regel kan vi slå fast at pasienter ikke skal utsettes for mer inngripende tiltak enn det som er strengt nødvendig i den konkrete situasjon. Dette er spesielt aktuelt i situasjoner hvor det er spørsmål om å bruke makt eller handle i strid med pasientens egen vilje og egne ønsker.

Minste inngreps prinsipp krever for det første at det ikke må brukes tvang hvis det er mulig å følge pasientens eget ønske. Er det mulig med frivillighet, så skal ikke pasienten tvinges. For det andre skal det ikke brukes mer makt enn det som er strengt nødvendig. Kan ting gjøres mindre brutalt, så har helsearbeidere en plikt til det, selv om det tar lenger tid og krever større anstrengelser.

Lise blir lagt inn på en åpen psykiatrisk avdeling og får med en gang beskjed av sykepleier Brit å gi fra seg mobiltelefonen. Lise blir fortvilet og spør om hun aldri kan bruke telefonen mens hun er der. Brit beroliger henne med at hun bare kan be om å få telefonen for å kunne ringe fra rommet sitt. Av hensyn til de andre er det ikke lov å ringe på fellesrommene. Det er derfor hun er nødt til å ta telefonen fra henne nå.

Sara ankommer en åpen psykiatrisk avdeling et annet sted i landet. Ved ankomst får hun beskjed om at hun får beholde mobiltelefonen, men at hun må følge de regler som gjelder på avdelingen. Blant annet må hun ikke bruke telefonen på fellesarealet eller på en måte som ellers er forstyrrende. Hvis hun ikke klarer å følge disse reglene, kan hun risikere at telefonen blir tatt fra henne, slik at hun må spørre en pleier om å få den når hun ønsker å ringe.

Lise og Sara er begge avhengig av å bruke mobiltelefon. Begge må tilpasse bruken til situasjonen, ikke minst av hensyn til medpasienter og personalet. Forskjellen er måten dette blir gjort på: Lise får beskjed om å gi fra seg telefonen. Sara får beskjed om at hun får beholde telefonen hvis hun bruker den etter de regler som gjelder på avdelingen. Lise ble sint og lei seg da telefonen ble tatt. Sara ble glad da hun fikk vite at hun kunne beholde sin. Sara får beholde eierskapet til telefonen. Hun opplever å bli behandlet mer på linje med f. eks flypassasjerer som heller ikke kan bruke telefonen fritt. Lise derimot opplever seg i mye større grad umyndiggjort ved å måtte be om tillatelse hver gang hun vil bruke telefonen sin. Eksemplene viser to forskjellige måter å løse et problem på. Den ene måten er mer krenkende og nedverdiggende enn den andre.

I konkrete situasjoner er det flere spørsmål som kan stilles:

Kan tvangen gjennomføres på en mindre inngripende måte? Hva kan diskuteres med pasienten før det er for sent? Hvordan vil han eller hun bli møtt? Og på hvilken måte kan pårørende involveres for å finne ut mer om hvordan pasienten best kan møtes?

Hvis en pasient kan roes ned ved at noen tar seg tid til å snakke med henne, tillater ikke menneskerettighetene at hun legges i gulvet eller i belter. Hvis en annen på grunnlag av tidligere erfaring selv mener å være best hjulpet ved en bestemt type medisin, vil det være et overgrep i strid med menneskerettighetene å pådytte henne et annet medikament, eventuelt ved tvang. Hvis pasienten på bakgrunn av tidligere erfaringer fra liknende situasjoner, har forslag til konkrete tiltak istedenfor skjerming, vil det være i strid med menneskerettighetene å overhøre og overkjøre pasientens forslag til tiltak. Mener man det er nødvendig å legge en person i belter, er hennes rett til respekt for sin personlige integritet og privatliv til hinder for at hun blir liggende lenger enn det som er absolutt nødvendig for å roe ned situasjonen.

Rettsikkerhet

Trygghet for at behandlingen skjer innen lovlige rammer og mulighet for å kunne klage til et uavhengig organ er en viktig side av menneskerettighetsvernet.

Samtidig må det erkjennes at det er vanskelig å sikre psykiatriske pasienter et godt rettsvern. De er ofte preget av sterke medikamenter, også i møtet med Kontrollkommisjonen, de tillegges selv liten troverdighet og bistås av advokater med små muligheter til å imøtegå medisinskfaglige vurderinger. Klageordningene er kompliserte og uten offentlighetens blikk på seg. Pasienter og pårørende er avhengige av hjelpeapparatet. Derfor er det ofte uaktuelt for dem å klage.

Følgende historie viser at pasienter ikke alltid er vernet godt nok:

Anita, 25 år, bor i en av 8 kommunale boliger for personer som har vært eller er under psykiske helsevern. Hun betalte kr 6.000,- pr mnd i husleie. En dag oppdaget hun at uvedkommende hadde vært hjemme hos henne og flyttet på mange av tingene hennes. Hun kontakten det ansvarlige DPS og fikk vite at to psykiatriske sykepleiere hadde vært inne i leiligheten uten å finne noe galt. Undersøkelsen hadde vært nødvendig fordi det var oppdaget heroin i en av de andre leilighetene. Anita mente det som hadde skjedd var ulovlig. Dette ble avist fordi hun i kontrakten hadde underskrevet på at leiligheten kunne undersøkes uten forvarsel ved mistanke om rus, og det var jo nettopp på grunn av slik mistanke boligen var blitt undersøkt.

Anita mente kommunen feiltolket kontrakten. Det hun hadde akseptert, var at huset hennes kunne undersøkes hvis det var mistanke om at hun selv oppbevarte ulovlige rusmidler der. Hvorfor skulle hun gjøres ansvarlig for det folk i andre leiligheter gjorde? Anita ønsket å klage, men ble frarådet det av psykologen sin. Han hadde snakket med lederen på DPSen som viste til kommunens jurist. Juristen hadde sagt at det samtykke Anita hadde gitt i kontrakten ga kommunen rett til å ransake Anitas leilighet slik de hadde gjort.

Anita reagerte på at sykepleiere uten forvarsel hadde ransaket leiligheten hennes. Hun mente dette var i strid med kontrakten. Dessuten hadde hun opplevd seg presset da kontrakten ble underskrevet. Hun hadde ikke ønsket å gi sitt samtykke til ransaking, men fikk beskjed om at det var en forutsetning for å få en slik kommunal leilighet. Slik var systemet. Da hun ønsket å klage på ransakingen, fikk hun på forhånd beskjed om hva en klage ville resultere i.

Saken illustrerer hvordan kommunen brukte sin makt til å overkjøre Anita. Først tvang de henne til å underskrive en kontrakt som inneholdt en klausul om ransaking, fordi hun trengte en kommunal bolig. Senere bestemte kommunen nærmest hvordan klausulen skulle tolkes og fratok henne muligheten til å få denne tolking overprøvd på uavhengig grunnlag. Anitas rettsvern var i denne situasjonen lite tilfredsstillende.

Bottom up prinsippet – pasientens perspektiv

Blant menneskerettighetsjurister på internasjonalt plan henvises det ofte til "Bottom up" prinsippet. Det går ut på å rette blikket mot pasientenes opplevelse. Hvordan var det å ligge timevis i belter, å få en tvangssprøyte med mange elever tilstede, å bli nektet å delta i en viktig familiebegivenhet, å måtte gi fra seg mobiltelefonen og be pent om å få lov til å bruke den hver gang? Bottom up prinsippet skal hjelpe sykepleieren som har ansvaret for slike inngrep til å reflektere over hvordan den enkelte pasient opplever denne type begrensninger i sin handlefrihet.

Det handler både om hva man gjør, hvor nødvendig det er og i mange sammenhenger om måten det gjøres på, for på best mulig måte å kunne ivareta pasientens verdighet.

Bottom up prinsippet handler om mye av det samme som brukervedvirkning, som nå er blitt et viktig mål i det psykiske helsevern.

Brukermedvirkning – samme formål

I rapporten Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet³ forklares hvorfor myndighetene nå legger stor vekt på dette også i det psykiske helsevern:

«Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeøsheten mange brukere opplever bli forsterket.»

I dette viktige dokumentet understrekes viktigheten av empowerment slik at «brukere betraktes som borgere av et samfunn med de rettigheter, muligheter og plikter det innebærer. Som borger av et samfunn vil det være en menneskerett å ha innflytelse over spørsmål som gjelder en selv. Brukerrollen vil bare være en liten del av livet, men for å kunne leve et aktivt liv, er det viktig å få den hjelpen en trenger og de tjenestene en har behov for. Empowerment er «mobilisering nedenfra» og innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre.»(S.10)

Blant rådene Direktoratet gir til Kommuner og helseforetak, finner vi blant annet:

- skape et godt og personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverdighet
- være imøtekommende, bruke tid, lytte til det brukerne har å si, ta dem på alvor og bruke et vanlig språk
- vie tid og mer oppmerksomhet på kvalitetssikring av ansikt-til-ansikt-relasjonen...
- holde kontakt med pårørende som aktive samarbeidspartnere i den utstrekning brukeren samtykker til det
- etablere gode systemer for innhenting av brukererfaringer og benytte brukernes erfaringer til forbedring av tjenestene

³ Sosial- og helsedirektoratet 2006: Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. IS-1315

Disse rådene kan også ses som anbefalinger til helsearbeidere som er opptatt av å respektere pasientenes menneskerettigheter. Det er i stor grad to sider av samme sak. Den enkelte pasient skal kunne påvirke sin egen situasjon. Hun skal slippe å bli overkjørt av profesjonelle hjelpere som selv mener de best kan vurdere hva pasienten trenger. Reell brukermedvirkning handler om å etablere en allianse med pasienten på et tidspunkt hvor dette er mulig. I akutte situasjoner må sykepleieren sette seg ned etterpå og snakke igjennom det som skjedde med pasienten. Spesielt viktig er det å finne ut om det etter pasientens mening hadde vært alternative måter å håndtere situasjonen på.

SPØRSMÅL:

1. Gi eksempler på situasjoner hvor det ikke var mulig å etterleve pasientens ønsker
2. Hva er synet på brukermedvirkning på ditt arbeidssted?
3. Har du noen tanker om hvordan pårørende kan involveres mer aktivt?
4. Har du eksempler på situasjoner hvor brukermedvirkning ble godt ivaretatt?
5. Har du eksempler på situasjoner hvor brukermedvirkning ikke ble ivaretatt? Hva kunne vært gjort annerledes? Kunne pårørende vært mer involvert. Kom med konkrete forslag til tiltak som kan bedre brukermedvirkning i tilsvarende situasjoner.

Helsearbeiderens utfordringer

Et hjertesukk fra en sykepleier:

«Det er en utfordring å være profesjonell og medmenneskelig på en gang!»

Helsearbeiderens rolle er krevende. På den ene side er de forpliktet til å handle. På den annen side er det fort gjort å handle feil overfor den enkelte pasient. Bruk av tvang gjør også noe med dem som utøver tvangen. Det er fort gjort å tilpasse seg en avdelingskultur hvor det er lett å rettferdiggjøre krenkende handlinger.

En behandlingskultur hvor de usynlige krenkelsene stilltiende aksepteres, innebærer en risiko for mer alvorlige overgrep og menneskerettighetsbrudd. Motsatt vil et behandlingsmiljø hvor pasientene opplever seg godt ivaretatt, gi bedre beskyttelse mot krenkelser, overgrep og menneskerettighetsbrudd.

Alt for mange beskriver sitt møte med psykisk helsevern som en krenkende og uverdigg opplevelse. Det samme gjør mange pårørende, som spesielt er opprørt over at pasienten selv eller de som pårørende ble hardt og brutalt avvist da de bønnfalte om hjelp, med det resultat at pasienten senere måtte hentes av politiet, ble lagt i bakken og påsatt håndjern foran øynene på naboene. Det klages også over at svært syke blir tatt imot på sykehuset som farlige selv om de ikke gjør motstand, lagt i belter i dagevis, påtvunget medisindoser de ikke tåler, overkjørt, overhørt, fratatt mobiltelefon uten noen begrunnelse, nektet kontakt med venner og familie, fotfulgt døgnet rundt og at behandlingen i alt for stor grad gikk ut på medisiner og uten omsorg. Mange sitter med opplevelsen av å være blitt ydmyket, tråkket på, gjort liten. Slike erfaringer er både belastende og traumatiserende og står i veien for bedring, god hjelp og omsorg.

Opplevelsen av å være krenket henger ofte sammen med hvordan *den menneskelige* side av behandlingen har vært. Hvordan er de blitt snakket til? Har noen forsøkt å berolige, trøste? Hvordan har tvangsinnleggelsen foregått? Hva skjedde ved ankomsten? Hva med den første legeundersøkelsen? Hva ble de fortalt og på hvilken måte? Hva med en mor, en ektefelle, en søster – ble det vist noen forståelse for deres bekymring?

Noen tenker kanskje det er så enkelt som at pasienter skal behandles anstendig i tråd med vanlig folkeskikk. Når man jobber i en avdeling som er godkjent for utøvelse av tvang, arbeider en i en sammenheng som kan forstås som at her er disse reglene opphevet. Når det allmenne moralske verdigrunnlag ikke lenger er så selvfølgelig og synlig, øker risikoen for handlinger som krenker pasienten. ---og helsearbeideren befinner seg midt i dette vanskelig handlingsrommet.

Menneskerettighetene er der for å utjevne litt av ubalansen mellom dem som har makt og de personer denne makten brukes mot. Slik ubalanse finner vi i psykiatrien, spesielt inne på lukkede avdelinger. De ansvarlige for det daglige miljøarbeid har et ansvar for å sikre at pasientenes grunnleggende rettigheter blir ivaretatt, i den forstand at de ikke påtvinges regimer som innebærer mer makt og større belastninger enn strengt nødvendig.

Mange får god hjelp. De har ikke behov for å klage på at menneskerettighetene deres ikke er respektert. Pasienter som er fornøyd med den behandling de har fått i psykiatrien, beskriver ofte hvor viktig det var at de ble visst tillit og tiltro til egne krefter, ressurser og muligheter. En viktig side av helsearbeiderrollen er relasjonsbyggende arbeid hvor tillit er helt sentralt.

Når hverdagen er turbulent og uoversiktlig og situasjonen kaller på en umiddelbar handling, kan det være vanskelig å ta tilstrekkelig hensyn til pasientens opplevelse.

Men det er ikke noe i veien for å tenke gjennom situasjonen etterpå og se etter alternative handlingsmåter, gjerne i samråd med pasient og pårørende.

Psykiatrien har flere oppgaver. Både å sørge for samfunnets sikkerhet og å gi god behandling

og omsorg til personer i krise og langvarig behov for assistanse og støtte. Disse oppgavene er ikke alltid like lette å forene. Vokterrollen er vanskelig å forene med omsorgsrollen.

Også i terapeutrollen står helsearbeideren i en sterkere posisjon. I praksis er pasientene i det psykiske helsevern i stor grad prisgitt deres vurderinger, enten det gjelder tilbud om behandling, hvordan den gjennomføres og ellers det meste som er viktig i en pasientsituasjon.

Pasientens oppfatning av situasjonen tillegges ikke samme vekt som fagpersonens. Alt for ofte kan pasientens oppfatning bli sett på som et symptom, som uttrykk for sykdom.

En måte å motvirke denne ubalansen er å anvende bottom up prinsippet (nedenfraperspektivet). Pasientens opplevelse settes i fokus: Sinne, oppgitthet, passivitet, tilbaketrukkethet kan være uttrykk for en opplevelse som ikke er anerkjent og som må tydeliggjøres og respekteres. Det må gis rom for at disse erfaringene anerkjennes. Bottom up prinsippet skal hjelpe helsearbeideren som har ansvaret for at slike tiltak gjennomføres, med å reflektere over hvordan den enkelte pasient opplever denne type begrensninger i sin handlefrihet og utføre tiltakene i tråd med pasientens direkte og indirekte tilbakemeldinger.

SPØRSMÅL:

1. **Beskriv en situasjon hvor du har opplevd at for mye makt er blitt brukt mot en pasient. Hva kunne vært gjort annerledes? Kom med konkrete forslag til andre tiltak.**
2. **Beskriv en situasjon hvor medmenneskelighet og tillit var avgjørende faktorer.**
3. **Beskriv en hendelse hvor situasjonen ble endret fordi pasientens ord ble lyttet til og tatt hensyn til.**
4. **Beskriv en situasjon hvor det ikke skjedde. Hva kunne vært gjort annerledes?**
6. **Beskriv en god samtale med en pasient etter at han eller hun er blitt utsatt for et svært inngripende tvangstiltak.**



IV MENNESKE- RETTIGHETER OG TVANG

Menneskerettighetene knyttes til mange av oppgavene til en helsearbeider: Håndtering av pasientjournaler, informasjon til pasienten og de pårørende, begrensninger i kontakten med omverdenen, skjerming, omsorg for pasientenes barn, hvordan pasientens somatiske sykdommer og plager behandles, blant annet.

I situasjoner hvor en pasient behandles mot sin vilje og utsettes for tvang i en eller annen form, er disse grunnleggende rettigheter spesielt viktige. Slik behandling strider mot hovedprinsippet om at behandling skal skje på grunnlag av pasientens informerte samtykke. Vi skal her se nærmere på helsearbeiderens ansvar i slike situasjoner.

Vilkårene er strenge

Først noen presiseringer:

1. Menneskerettighetene forbyr ikke all bruk av tvang, verken frihetsberøvelse eller andre former for tvang og makt mot mennesker med psykiske lidelser.
2. Menneskerettighetene begrenser myndighetenes tvangsbruk til situasjoner hvor dette er helt nødvendig, fordi frivillighet ikke fører frem.
3. Når det er nødvendig å gjennomføre en frihetsberøvelse eller iverksette andre tvangs-tiltak, skal dette skje på den for pasienten mest hensynsfulle og skånsomme måte. (Minste inngreps prinsipp)
4. Ved frihetsberøvelse eller andre former for tvang, er kravene til pasientens rettsvern spesielt strenge.
5. Pasienter som fratras sin personlige frihet har rett til å bli informert umiddelbart om årsaken
6. Hvis en person ulovlig er fratatt sin personlige frihet, har han eller hun rett til å få erstatning på samme måte som personer mistenkt for å ha gjort noe straffbart.

All pasientbehandling har en menneskelig dimensjon som helsearbeidere forventes å ivareta. Når det brukes tvang er det nødvendig å ha oppmerksomheten rettet både mot hva som gjøres og hvordan det skjer. Først er det spørsmål om en situasjon kan løses uten at pasienten tvinges. Det skal dokumenteres at mindre inngripende tiltak er prøvd eller vurdert. Hvis tvang ikke kan unngås, er det sykepleierens ansvar å sørge for minst mulig brutalitet og makt ved innleggelsen, god omsorg sammen med tvangssprøyten og beltesengen, gjennomføring av skjerming på den måten som pasienten selv har mest mulig nytte av.

Menneskerettighetene forutsetter at helsearbeiderens oppmerksomhet rettes mot pasientens egen opplevelse av å bli utsatt for en tvangshandling (bottom up). Det må tas hensyn til at noen er spesielt sårbare for eksempel på grunn av tidligere overgrep i et utenlandsk fengsel eller i barndommen. Et tidligere torturoffer fra Somalia eller Chile har rett til å forvente at man på et norsk sykehus er spesielt varsomme med å utsette ham eller henne for noe som bringer vonde minner tilbake. Det samme gjelder en norsk gutt eller jente som har vært offer for vold eller seksuelle overgrep. Hvis det er nødvendig å roe dem ned, er det et alvorlig overgrep hvis flere mennesker legger seg over kroppen deres.

Ulike former for tvang

Ofte brukes ordet tvang som en fellesbetegnelse for alt som skjer i behandlingen av en pasient i psykiatrien mot hans eller hennes vilje. Da blir diskusjonen unyansert og tilslører at det er ganske stor forskjell på handlinger som innebærer tvang.

En viktig grense må trekkes mellom frihetsberøvelse – en spesielt inngripende form for tvang – og andre mer begrensede tiltak. Menneskerettsreglene som gjelder frihetsberøvelse er spesielt strenge, fordi dette anses som et spesielt inngripende og belastende bruk av makt fra samfunnets side. Retten til personlig frihet er en av de mest grunnleggende menneskerettigheter.

Alle helsearbeidere er ikke klar over denne viktige forskjellen. Det er nok heller ikke alle terapeuter. Her er referat fra en telefonsamtale med en:

A: Jeg ringer på vegne av pasient K som mener at det nå er truffet vedtak om tvangsinnleggelse av ham. Stemmer det at han nå er tvangsinnlagt?

Terapeuten: Ja, det stemmer.

A: K forstår ikke helt begrunnelsen all den stund han nå i en periode har vært underlagt tvang utenfor institusjon og tvangsmedisinert.

*Terapeuten: Jeg har ikke vært med på dette. Det er overlegen som har truffet tvangsvedtaket. **For øvrig er jo K allerede på tvang, så noen særlig forskjell blir det jo ikke for ham.***

Hvis terapeuten hadde kjent til noen av bestemmelsene i menneskerettighetsloven, og visst hvordan de tolkes på internasjonalt plan, ville hun visst at vilkårene for frihetsberøvelse er spesielt strenge. Det skyldes at den form for tvang som innebærer at pasienten fratras sin personlige frihet, er et mye alvorligere inngrep enn tvangstiltak som på forskjellige måter begrenser handlefriheten. I forhold til menneskerettighetene er forskjellen ikke liten, men stor.

Noen pasienter og pårørende klager over å ha opplevd en form for indirekte tvang. Det gjelder blant annet disse:

Tidligere pasient: *"Det å ta medisiner var nærmest et vilkår for å få plass. Ellers føler de at du ikke samarbeider og at det da ikke er noen vits i å ha deg der."*

En pårørende: *"Fastlegen var helt klar i sin tale: Den eneste mulighet for å få plass på den psykiatriske institusjon er å gjennomføre en tvangsinnleggelse."*

En pårørende: *Legevaktlegen sa til oss: "Overlegen foretrekker tvang".*

I disse situasjonene er det ikke vanskelig å se at det dreide seg om tvang. Da gjelder menneskerettighetenes strenge krav om at tvangen må være helt nødvendig og ikke kan gjennomføres før frivillighet har vært forsøkt.

I andre type situasjoner kan grensen mellom tvang, ikke tvang og frivillighet være mindre tydelig. Helsearbeiderens opplevelse av en situasjon er ikke nødvendigvis den samme som det pasienten opplever. Det avgjørende er om pasienten har en reell valgfrihet – altså en mulighet til å takke nei eller ikke. Hvis tilbudet fremstår mer eller mindre som et ultimatum, må det ses på som tvang selv om det ikke har vært meningen. Her er det nettopp botten prinsippet som kommer inn i bildet ved at fokus skal rettes mot pasientens egen opplevelse av situasjonen.

Et illustrerende eksempel nettopp på dette finner vi i den saken som er omtalt i kapitel II (Fakta om menneskerettigheter). Her fikk en tidligere pasient rettens medhold i at hun hadde vært utsatt for nettopp slik indirekte tvang. En sykepleier ved Folloklinikken hadde ringt og bedt henne komme til sykehuset innen en time. Sykepleieren ga samtidig beskjed om at hvis hun ikke møtte opp, ville politiet komme og hente henne med tvang. Dommeren som konkluderte med flere brudd på pasientens rettigheter, skar igjennom og likestilte fremgangsmåten med tvang.

Det er forskjell på tvang og måten tvangen utøves på. Hvis det f.eks. er gjort et vedtak om tvungen medikamentell behandling, så er det forskjell på om pasienten blir holdt fast av flere når sprøyta blir satt med tvang, eller om pasienten blir overtalt til å samarbeide om å ta

medisinen. Det siste er mindre inngripende enn det første, og må derfor velges for å oppfylle minste inngreps prinsipp.

Påvirker relasjonen

Når en representant for helsetjenesten tvinger en pasient til å gjøre noe han eller hun ikke vil, påvirkes ofte mulighetene for en god relasjon. Det kreves en spesiell innsats for å gjenopprette pasientens tillit. Ofte har det vist seg at kreative løsninger litt utenfor de vanlige tilnærmingene, har hatt positiv effekt. Når tvang er unødvendig eller spesielt inngripende, blir helsearbeiderens jobb med å bygge tillit og gi god omsorg og pleie mer utfordrende enn nødvendig:

En pasient formulerte seg slik:

Etter mange års erfaring som pasient, har jeg ofte sett og fått merke selv, hvordan tvangsmidler ikke brukes til pasientens beste, men for å få pasienten til å tilpasse seg helsepersonells egne ønsker, og systemet de jobber under. Ønsket effekt, som det skrives i loven, kan jo nærmest tolkes og brukes til hva som helst.

Det skrives om at tillit, fortrolighet og frivillighet skal prøves før tvang iverksettes. Når helsepersonell mener de har prøvd nok, blir det ikke da avhengig av tilgjengelige personer og ressurser? For eksempel i mitt tilfelle hvor de mente det var riktig å bruke tvang etter en innkalling til poliklinikken.

Kristin er blitt alvorlig skremt etter å ha blitt utsatt for tvang i det psykiske helsevern:

Jeg er usikker på rettsvernet mitt i forhold til psykiatrien. Jeg snakker mye med tidligere pasienter som sier at jeg vil klare meg fint og at det tar tid før tryggheten kommer ordentlig på plass, men at den kommer. Jeg har vært uten medisiner i 5 måneder, alt går bra, jeg fikser livet mitt og jeg har også en hyggelig dame jeg snakker med, en behandler som ikke har noe med psykiatrien å gjøre men som jeg får støtte fra. I tillegg har vi utvida kontaktnettverket vårt så vi er mer sosiale. Men jeg er urolig fordi jeg har måttet kutte kontakt med noen i familien. Jeg er litt redd for sanksjoner fra dem i forhold til psykiatri. Kan de få meg innlagt? Fastlegen min er jeg foreløpig redd for, egentlig uten grunn, men opplevelsene mine fra psykiatri sitter hardt i ennå. Han har ikke på noen måte uttrykt bekymring, men siden jeg har slutta med medisinene så blir jeg redd. Har jeg det

samme rettsvern i forhold til andre som aldri har hatt kontakt med psykiatri selv med en diagnose? Jeg er ikke på tvangsparagraf på noen som helst måte, men det kjennes litt sånn, da jeg er redd rett og slett. Jeg er redd diagnosen kan bli brukt imot meg, derfor tør jeg ikke å gå til lege. Det er fordi jeg er redd. Det har med krenkelsene å gjøre, jeg har kjent meg rettsløs og uten rettsvern og derav også som et menneske som ikke har like stor verdi som andre, selv om det selvfølgelig er tilfelle. Jeg skjønner at det tar litt tid alt sammen og alle sier at det vil gå bra, at jeg ikke behøver å ha så lavt selvbilde, men mye sitter ennå hardt i. Så jeg vil gjerne få vite litt mer om mine rettigheter/plikter i forhold til dette. Har jeg like store rettigheter som alle andre? Med en bakgrunn i psykiatri? Hva er eventuelt "fellene"?

Også for pårørende kan tvang påvirke tilliten til dem som jobber i det psykiske helsevern:

Jeg har en mor som ble hentet m helikopter for å bli tvangsinnlagt. Bakgrunnen var naboklager. Mor kan være verbal plagsom, men aldri på noen måte vært voldelig. Det var en pinlig situasjon med politiet utenfor blokken hennes med båre. Mor ble lagt i bakken av to politimenn da hun satte seg til motverge og ble skadet under "henting". (Moren min er en liten, spinkel dame på 63 år). Siden har hun vært så tungt medisineret at hun ikke klarte å være oppe/stående/sittende mer enn 15-20 min av gangen, - helt "flat"/neddopet/ugjenkjennelig og avmagret pga hun ikke klarte å stille seg selv pga medisineringen - noe lege/behandler ikke reagerte på før jeg og min søster kom på besøk (moren vår bodde på andre siden av landet, så vi forholdt oss til rapporter fra behandler om at mamma nå var så "bra").

Jeg klaget til fylkeslegen og fikk endret medisineringen, men da hadde mor levd nesten 1 år - stort sett liggende neddopet i sengen - alene i leiligheten sin - totalt isolert fra omverdenen. Resultatet av tvangsbehandlingen er at min mor fikk kraftig redusert livskvalitet, berøvet mulighet til å leve det livet hun kunne ønsket seg (alltid vært glad i å komme seg ut å danse/spise/reise før). Videre har hun blitt veldig utrygg og engstelig etter "behandlingen" hun har blitt utsatt for. Heldigvis får hun nå en tilfredsstillende ordning med hjemmehjelp, og riktig medisinerings. Alltid klart seg selv - mye livskvalitet. Rystet i sine grunnvoller.

Veldig traumatiserende for henne og for oss.

Datteren ble hørt da hun klaget – men ut fra beskrivelsen var skaden da allerede skjedd.

En belastning for helsearbeideren

Det pasienter og pårørende forteller fra sine negative opplevelser med tvang, bekrefter at det å anvende fysisk makt mot andre alltid er problematisk, både for den som tvinges og den som tvinger.

En psykolog har gjort seg følgende refleksjon:

På et seminar for psykologer i Akuttpsykiatri arrangert av Norsk psykologforening gjorde jeg den interessante observasjonen at psykologer med ansvar for etablering og gjennomføring av tvunget psykiske helsevern var nesten uten motforestillinger til tvang der psykologer uten slikt ansvar var skeptiske (!). Jeg tror det kommer av en rekke forhold, der det ville vært interessant å se på organisatoriske, sosialpsykologiske og individualpsykologiske prosesser i retning av å oppleve tvang som hensiktsmessig.

Det som her beskrives er noe som også ellers i livet er en vanlig erfaring: Vi påvirkes av den situasjon vi befinner oss i og prøver vel så godt vi kan å tilpasse oss de rammebetingelser som gjelder, både privat og på jobb. Ofte skjer nok dette uten at vi selv er helt klar over det.

Myndighetene har som mål å redusere bruken av tvang og makt. Det forutsetter at også pleiere begynner å prøve ut nye metoder. Majas historie sier noe om dette:

Maja, en godt voksen dame, har vært syk i mange år. Hun har en rekke ganger vært tvangsinnlagt med politi og håndjern og rett inn på skjermet avsnitt.

En dag ringte Maja til mottaksavdelingen og ba om å få komme til sykehuset fordi hun kjente at nå bygde ting seg opp. Hun fikk positivt svar og dro på egen hånd til sykehuset i taxi. Personalet som kjente Maja fra før hadde egentlig ingen tro på at dette skulle gå bra, men lot henne likevel få bli på en åpen avdeling med full frihet til å bevege seg rundt. Pleiere og leger klarte, til tross for sin skepsis, å gi henne nok støtte til at hun følte seg trygg. Dette virket svært positivt på Maja som etter hvert følte seg sterk nok til å reise hjem. Også denne gang på egen hånd i taxi.

Maja hadde vunnet en seier. Hun hadde fått den hjelpen hun trengte og sluppet politi, håndjern og skjerming. Ved selv å kontrollere situasjonen og bli trodd da hun sa hun følte seg dårlig fikk hun styrket sin evne til å mestre og sin selvfølelse. Pleierne hadde også vunnet en seier. De hadde klart å vise henne tillit og gi oppmuntring, til tross for at de egentlig ikke trodde det skulle gå bra med en slik frivillig innleggelse. Dette ble muligvis en vendepunktserfaring for Maja selv.

SPØRSMÅL:

1. Gi eksempler på situasjoner hvor pasientens egne forslag til tiltak ble tatt til følge.
2. Gi eksempler på situasjoner hvor pårørendes forslag til tiltak ble tatt til følge.
3. Gi eksempler på situasjoner hvor pasientens/pårørendes egne forslag til tiltak ikke ble fulgt opp. Hva var begrunnelsen for dette? Kunne situasjonen vært håndtert på en annen måte slik du ser det i dag?



V NOEN MENNESKE- RETTIGHETER FOR PASIENTENE

Her presenteres noen konkrete rettigheter som helsearbeidere bør kjenne til ut fra en vurdering av hvor risikoen for krenkelser er størst. Det finnes ingen pålitelig dokumentasjon av menneskerettighetssituasjonen i Norge, heller ikke i det psykiske helsevern. Internasjonale tilsynsorganer har kritisert Norge for manglende registrering av menneskerettighetsbrudd.

Retten til helsehjelp

God helse kan ingen myndigheter garantere sine borgere. Men "retten til helsehjelp" er en menneskerettighet. Bestemmelsen finner vi i artikkel 12 i ØSK:

"Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk."

Denne rettigheten tilhører gruppen sosiale og økonomiske rettigheter som skal pålegge myndighetene ansvar for å sikre alle borgere rett til utdanning, rett til arbeid og trygge arbeidsforhold, muligheter for å delta i det kulturelle liv mm. Disse rettighetene er knyttet til menneskerettighetsloven. Det betyr at retten til helsehjelp gjelder som norsk lov med prioritet foran andre lovregler.

Reglene i ØSK er mindre forpliktende enn en del av de andre reglene knyttet til menneskerettighetsloven. Årsaken er at fattige land ikke har samme muligheter for å gi sine borgere økonomiske og sosial trygghet, som rike land har.

Retten til helsehjelp gjelder også for personer med mentale lidelser. I et notat fra Verdens Helseorganisasjon (WHO Fact Sheet No 31: 2008) presiseres myndighetenes plikt til å følge opp sitt ansvar med å "respektere, beskytte og oppfylle" denne retten. Økonomiske forhold skal ikke frata myndighetene ansvaret for at psykiatriske pasienter får behandling.

Mange forteller at de er blitt avvist når de har bedt om psykiatrisk hjelp. Også pårørende

klager på at det ikke har vært mulig å få hjelp til en alvorlig syk person. Da kan det være grunn til å spørre om pasientens "retten til helsehjelp" er oppfylt.

Det gjelder også Sigurd som ble avvist da han var i ferd med å bli alvorlig syk. Han ble ikke trodd og fikk først hjelp da det gikk riktig galt.

Sigurd har i mange år slitt med psykiske problemer og mange ganger vært innlagt. Nå bor han i en hytte i skogkanten og klarer seg selv. På et tidspunkt begynner han å føle seg dårlig og oppsøker nærmeste DPS hvor han snakker med en sykepleier. Han ber om hjelp og forteller at han kjenner symptomene godt fordi han har vært psykotisk tidligere. Hans bønn om hjelp avvises med den begrunnelse at han ikke er syk nok. Kort tid etter blir han så dårlig at han hentes av politi, påsettes håndjern og tvangsinnlegges.

Retten til respekt for privatlivet og familielivet

Alle pasienter i det psykiske helsevern, både de frivillige og personer underlagt tvang, har rett til respekt for sitt privat- og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Regler om dette finner vi i artikkel 17 i FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) og artikkel 8 i EMK.

For helsearbeidere er det spesielt artikkel 8 som er viktig. Bestemmelsen har i mange år vært håndhevet aktivt av Menneskerettighetsdomstolen. Mange av dommene fra domstolen inneholder prinsipielle uttalelser som også legger føringer for psykiatriske pasienters vern om sin private sfære og sin psykiske og fysiske integritet. Derfor er artikkel 8 viktig også for sykepleiere og andre ansatte i det psykiske helsevern.

Artikkel 8 bestemmer at den enkelte pasient skal ha krav på respekt for alle sider av sitt privat- og familieliv. Den tolkes slik at den pålegger myndighetene både en *negativ* plikt til ikke selv å gripe inn i privat sfæren på en uakseptabel måte, og til å iverksette nødvendige positive skritt for å sikre respekt for hans eller hennes familie- og privatliv. I denne sammenheng er det den negative plikt til å avstå fra inngrep som er viktigst.

Artikkel 8 gjelder også for personer som bor på en institusjon, i en kommunal omsorgsbolig eller er tvangsinnlagt og fratatt sin personlige frihet. Beskyttelsen inne på institusjoner går ikke like langt som utenfor, hvor folk beveger seg fritt. Men det er ingen tvil om at det kan skje brudd på en pasients rett til respekt for sitt privat- og familieliv under artikkel 8 inne på en institusjon.

Blant tiltak som faller inn under vernet i artikkel 8, kan nevnes: Gjennomføring av tvangsmedisinering og skjerming, regulering av kontakten med familie og omverdenen ellers, praktiseringene av husordensreglene, informasjon til ansvarlige leger og psykologer, regulering av utgang og fritidsaktiviteter, bruk av tvangsmidler og annen fysisk makt for å stanse en

psykotisk pasient fra å skade seg selv eller andre, ransaking på grunn av mistanke om farlige gjenstander eller narkotika, regulering av mobiltelefonbruk og oppfølging av påstander om fysiske plager eller overgrep fra medpasienter.

Slike tiltak som gjennomføres mot pasientens vilje, må vi se på som et *inngrep* som faller inn under beskyttelsesområdet for artikkel 8. Med inngrep menes tiltak som reduserer pasientens handlefrihet og normale rett til selv å bestemme over egen kropp, tanker, følelser, ønsker og drømmer.

Inngrep må ikke forveksles med overgrep. Mens overgrep aldri kan forsvares, kan det være både riktig og nødvendig å gjøre inngrep både i pasienters familieliv og privatliv, i betydningen fysiske eller psykiske integritet. Pasienter som bor på institusjon, fordi de trenger behandling og omsorg, må nødvendigvis finne seg i begrensninger i sin handlefrihet. Hensynet til andre og de fysiske rammebetingelser, tilsier at utfoldelsesmulighetene må bli mindre enn ellers.

De som har ansvar for den daglige omsorg og gjennomfører ulike inngrep i pasientenes handlefrihet, må være klar over at de ikke står fritt med hensyn til gjennomføringen av slike inngrep. Alle pasienter beholder sine grunnleggende menneskerettigheter, også når de er så psykotiske og utagerende at det er nødvendig for helsearbeideren å anvende makt. Reglene i artikkel 8 setter grenser for hvilke tvangstiltak som kan brukes, hvor lang tid de kan anvendes og måten tvangen utøves på.

Vilkårene finner vi i artikkel 8 2.ledd som inneholder tre konkrete vilkår. Alle tre vilkår må være oppfylt for at et inngrep skal være er tillatt i den konkrete situasjon.

Det første vilkåret er at inngrepet må være hjemlet i lov. Hvis tvangstiltaket ikke er forankret i et vedtak i Stortinget, men følger av husordensregler som er vedtatt på institusjonen, vil kravet til lovhjemmel normalt ikke være oppfylt og handlingen brudd på artikkel 8.

Det andre vilkåret er at formålet med inngrepet må vært i samsvar med de formål som uttrykkelig nevnes i artikkel 8 2 ledd: Nasjonale sikkerhet, offentlig trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter. Dette vilkår vil normalt være oppfylt. Listen over godkjente formål er lang og det er vanskelig å tenke seg et inngrep mot en pasient som ikke oppfyller dette kravet. Men hvis det skulle skje at en pasient utsettes for et tvangstiltak eller nektes avtalt tur ut i frisk luft som en form for straffereaksjon, er handlingen brudd på pasientens rettigheter.

Det tredje vilkåret som må være oppfylt er at inngrepet må være «*nødvendig i et demokratisk samfunn*». Dette kalles kravet til proporsjonalitet som betyr at det må være rimelig forholdsmessighet mellom på den ene siden den konkrete belastning inngrepet er for pasienten og på den andre siden det som ønskes oppnådd med inngrepet. En annen betegnelse er "minste inngreps prinsipp". Sagt på en annen måte: Når personer som forvalter offentlig myndighet

ser seg nødt til å pålegge en pasient begrensninger eller tvinge ham til noe han ikke vil eller bruke fysisk makt mot ham, skal de ikke påføre ham en større belastning enn det som absolutt er nødvendig i den konkrete situasjonen. Helsearbeideren som er nødt til å handle i en vanskelig situasjon, er forpliktet til å gjøre det på den minst inngripende måte, uansett om det krever litt større innsats eller er dyrere. Finnes det alternativer til fysisk makt, kan makt ikke brukes.

Vi kan tenke oss at en pasient er svært urolig og opptrer på en måte som er svært belastende for medpasienter og personalet. Det ansvarlige personalet er tvunget til å gjøre noe, men er samtidig forpliktet til å finne en måte å roe ned pasienten uten å belaste ham mer enn nødvendig. Her er det nødvendig å vurdere situasjonen i forhold til den enkelte pasient. Belter, en beroligende sprøyte eller en beroligende person? Det at flere store menn legger en ung kvinne ned på gulvet med makt, vil være et uproporsjonalt inngrep hvis det er nok at en person holder henne fast og snakker rolig til henne.

Hvis en pasient kan roes ned ved at noen tar seg tid til å snakke med henne, tillater ikke artikkel 8 at det brukes fysisk makt. Hvis en annen på grunnlag av tidligere erfaring selv mener å være best hjulpet ved en bestemt type medisin, vil det være et uproporsjonalt inngrep i hans rett til respekt for sitt privatliv å pådytte ham et annet medikament, eventuelt ved tvang. Hvis det er fattet et vedtak om tvangsmedisinering som skal vare i seks måneder, må vedtaket oppheves den dagen pasienten frivillig tar sin medisin, med mindre tungtveiende grunner foreligger for å opprettholde det. Hvis man mener det er nødvendig å legge en person i belter, er hennes krav på respekt for sin personlige integritet og privatliv til hinder for at hun blir liggende lenger enn det som er absolutt nødvendig for å roe ned situasjonen.

I proporsjonalitetskravet ligger det en plikt for alle som på samfunnets vegne utsetter en person for makt og tvang, til å foreta en helt konkret avveining av belastningen som påføres pasienten på den ene siden, og det man konkret mener å kunne oppnå ved slik maktbruk, på den andre. Det betyr i praksis at jo alvorligere inngrep det er snakk om, desto større krav stilles til begrunnelsen for at det er nødvendig og at problemet ikke kan løses på en måte som er mindre belastende for personen. I en menneskerettighetssammenheng legges det også betydelig vekt på den spesielt sårbare situasjonen man er i som psykiatrisk pasient.

Som nevnt pålegger også artikkel 8 myndighetene en plikt til å beskytte pasienten. Respekt for hans privatliv innebærer at hvis han står i fare for å skade seg selv, må den ansvarlige gjøre det som er nødvendig for å hindre at dette vil skje. Her har helsearbeideren en tilsvarende plikt til å handle for å avverge skade.

SPØRSMÅL:

1. Tenk gjennom noen situasjoner hvor respekten for pasientens privatliv (psykiske eller fysiske integritet) ble berørt på en ubehagelig måte.
2. Tenk på noen situasjoner hvor kontakt med familie og venner ble begrenset. Hva var begrunnelsen for dette? Kunne det vært gjort på en annen måte?
3. Ser du noen utfordringer knyttet til pasientenes rett til respekt for sitt hjem?

Retten til personlig frihet

Da menneskerettighetskonvensjonene ble skrevet, var dette en av de rettigheter man var mest opptatt av å sikre. For oss som tar friheten som en selvfølge, kan det være lett å overse hvor inngripende det er å bli satt i en situasjon hvor andre har full kontroll over alle sider av livet vårt.

I menneskerettighetsloven finner vi flere bestemmelser om retten til personlig frihet: Artikkel 5 i EMK, artikkel 9 i SP og artikkel 37 i Barnekonvensjonen.

Alle disse reglene skal også beskytte mennesker med psykiske lidelser mot maktmisbruk og overgrep. De setter opp strenge vilkår både med hensyn til når en person skal kunne fratras sin personlige frihet og til fremgangsmåten. Artikkel 10 i SP inneholder en tydelig melding til hver enkelt helsearbeider om ikke å krenke eller ydmyke pasienter som er lagt inn på tvang:

«Alle som er berøvet friheten, skal behandles humant, med respekt for menneskets iboende verdighet.» (Art 10 i SP)

Når det gjelder vilkårene for frihetsberøvelse, så fremgår disse av artikkel 5 i EMK. Av ordlyden kan det virke som den bare gjelder innenfor strafferetten. Men det er ingen tvil om at den gjelder frihetsberøvelse i psykiatrisk institusjon. Bestemmelsen må suppleres med de retningslinjer Europarådet har vedtatt for frihetsberøvelse av pasienter med mentale lidelser. Internasjonalt har man blant annet i Europarådet utviklet mer detaljerte anbefalinger om frihetsberøvelse av personer med mentale lidelser (CoE Rec.10:2004).

Reglene kan inndeles i noen hovedgrupper:

- Vilkår knyttet til pasientens mentale tilstand
- Krav til hvordan pasientens sykdom påvises
- Krav til saksbehandlingen når det skal tas en beslutning om at pasienten skal miste sin frihet

- Plikt for helsepersonell til å informere den som mister sin frihet
- Krav om at frihetsberøvelsen må opphøre straks et slikt drastisk inngrep ikke lenger er helt nødvendig
- Rett til erstatning for ulovlig frihetsberøvelse

Medisinstudenter blir i en lærebok i psykiatri⁴ fortalt at menneskerettighetene gir relativt frie rammer for frihetsberøvelse av personer med mentale lidelser. Denne antagelsen bygger på det faktum at Menneskerettighetsdomstolen ikke har avsagt noen dom hvor psykiateres faglige skjønn er overprøvd. Det er riktig, men kan ikke tas til inntekt for at man ikke i fremtiden kan komme til å stille spørsmål også ved sider av den terapeutiske begrunnelsen for å frata personer som ikke har begått lovbrudd og heller ikke anses farlige for samfunnet, deres personlige frihet.

Retten til ikke å bli utsatt for nedverdiggende eller umenneskelig behandling

Marianne, en ung kvinne, forteller:

Jeg var innlagt på tvangsparagraf fordi jeg var psykotisk. En dag kom plutselig 3–4 store kraftige menn feiende inn på rommet mitt. En av dem sa med kommandostemme. Du må ta av deg BH en din med en gang. Jeg hadde på meg....jeg ble fortvilet og visste ikke hva jeg skulle gjøre. Det jeg gjorde var å kripe opp i senga og ta av meg BH en mens jeg gjemte meg under dyna. Etterpå....

Jeg opplevde situasjonen som utrolig krenkende og ydmykende. Tenk deg å bli tvunget til å kle deg naken foran flere store voksne menn uten å forså hvorfor. Etterpå har jeg tenkt at grunnen kanskje var at de var redde for at jeg skulle ta livet mitt med BH en. Ingen har snakket med meg om dette etterpå, og jeg har ikke fått noen forklaring på hvorfor det skjedde.

Mariannes opplevelse kan knyttes til flere menneskerettighetsregler, blant annet artikkel 3 i EMK som forbyr umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette er et absolutt forbud fordi ingen skal behøve å bli så alvorlig krenket at det er snakk om umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

⁴ Kringlen, Einar: Psykiatri. 8. utg. Gyldendal. 2005.

Hvor grov må en handling være for at det kan være snakk om brudd på artikkel 3? Et konkret svar er vanskelig å gi. Vurderingen er skjønnsmessig og kravene til alvorlighetsgraden er relativt streng. Det betyr at en handling må være svært grov før det er grunnlag for å konkludere med brudd på artikkel 3. Menneskerettighetsdomstolens krav er at det må være "a certain level of severity". Domstolen har samtidig vært nøye med å presisere at menneskerettighetene skal gi effektiv beskyttelse av personer mot overgrep fra noen som har full kontroll over dem eller som de står i et sterkt avhengighetsforhold til.

Når en klager mener å ha vært utsatt for behandling i strid med artikkel 3, blir alvorlighetsgraden vurdert på grunnlag av alle de konkrete omstendigheter, blant annet den tid behandlingen har pågått, den fysiske og mentale påvirkning på personen, samt slike ting som offerets kjønn, alder, helsetilstand og de konkrete omstendighetene for øvrig.

Menneskerettighetsdomstolen har vurdert en behandling som «umenneskelig behandling» når behandlingen har vært besluttet på forhånd, pågått flere timer i strekk og har ført til enten fysiske skader eller intens fysisk eller psykisk lidelse.

Domstolens praksis har vært noe mindre streng når det gjelder å fastslå at en person har vært utsatt for nedverdiggende behandling. Det er tilstrekkelig at personen er blitt alvorlig fornedret i egne øyne.

Menneskerettighetsdomstolen har tolket forbudet mot umenneskelig behandling slik at den også inneholder en plikt for staten til å gjennomføre en grundig og uavhengig gransking, hvis det kommer frem alvorlige påstander om at en person som myndighetene har hatt ansvaret for, er blitt utsatt for behandling i strid med artikkel 3. Dette vil kunne være aktuelt hvis det varsles om at en pasient utsettes for overgrep på en lukket avdeling. Overordnede helsemyndighet har da plikt til å gjennomføre en slik gransking, ellers kan det bli spørsmål om ansvar for brudd på artikkel 3 i EMK.

Retten til respekt for livet

Statens ansvar for å beskytte borgernes liv, trenger ingen spesiell begrunnelse. Ansvaret gjelder også for psykiatriske pasienter. Dette bringer oss inn på et vanskelig tema: Hvor langt går psykiatriens ansvar for å beskytte pasientene mot selvdestruktiv adferd. Den hår-fine balansen mellom menneskers rett til å bestemme over seg selv og behovet for å bli tatt vare på. Menneskerettighetene gir ikke noe klart svar, og er vel også til liten hjelp i slike etisk vanskelige avveininger.

Der hvor menneskerettighetenes vern av liv, kan ha praktisk betydning for helsepersonell i det psykiske helsevern, knytter det seg til situasjoner hvor en pasient har tatt sitt eget liv mens hun oppholdt seg på en psykiatrisk avdeling eller bodde i en kommunal bolig med omsorg hele døgnet.

Menneskerettighetsdomstolen har gjennom årene behandlet ganske mange saker knyttet til selvmord i fengsel, ofte begått av en person med alvorlige psykiske problemer.

Domstolen har etablert den faste praksis at når en person dør mens han eller hun er i myndighetenes varetekt, er de forpliktet til å gjennomføre en grundig og uavhengig undersøkelse for å få frem mest mulig informasjon om årsaken, om dødsfallet kunne eller burde vært avverget osv.



NOEN TANKER TIL SLUTT

Helsearbeidere i det psykiske helsevern har mye ansvar. De må stole på sitt eget skjønn. Verken lover eller forskrifter gir noen enkel oppskrift på hvordan en urolig pasient best kan roes ned, hvordan en tvangssprøyte skal settes, om mobiltelefonen kan beslaglegges, hva slags informasjon som skal gis til pårørende eller hvordan pasienten best skjermes. Det gjør heller ikke menneskerettighetene, men menneskerettighetene kan være til praktisk hjelp som en daglig påminnelse om helsearbeiderens ansvar for å gi den enkelte pasient opplevelsen av å bli *verdsatt som menneske* – ikke bare behandlet som et problem eller en diagnose.

Vi avslutter med å gi ordet til en fornøyd pasient:

Jartrud Sofie Frafjord – 27 år – forteller til Aftenposten (6 okt. 09) hvordan hun fikk hjelp til å komme seg på bena:

«Det er gått over ti år siden krisen og den dype depresjonen. I dag er 27 åringen fra Midt-Troms psykologistudent, tobarnsmor og selv en ressursperson for ungdom som sliter. Redningen ble psykiatrisk behandling fra BUP (barne- og ungdomspsykiatrien), en voksen venninne som engasjerte seg, og noen nøkkelpersoner på skolen. Etter to år med samtale terapi følte hun seg klar for å avslutte behandlingen.

Det som virkelig hjalp meg var at noen på skolen, behandlerne mine og en venn brydde seg om meg og lærte meg at jeg var verdt å bry seg om. Skammen, skyldfølelsen og det dårlige selvbildet mistet gradvis sin kraft i møtet med omsorgen deres. Opplever jeg vanskelige ting nå, føler jeg ikke at jeg må takle det alene. Jeg har lært meg konstruktive måter å håndtere utfordringer på og føler meg derfor mye sterkere nå. Det så veldig svart ut, men gikk veldig bra. Det føler jeg en enorm takknemlighet for, sier hun.»



Litteraturliste

”Introduksjon til menneskerettigheter innen psykisk helsefeltet”

- Den europeiske menneskerettskonvensjon av 4 november 1950
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/19981999/Otprp-nr-3-1998-99-/16.html?id=159300>
- FNs barnekonvensjon av 20 november 1989
http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2004/fns-barnekonvensjon.html?id=88078
- FNs konvensjon om avskaffelse av all form for diskriminering av kvinner av 18 desember 1979
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/likestillingsområdet/fns-kvinnekonvensjon.html?id=413909>
- FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 10 desember 1948
<http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- FN konvensjonen om sivile og politiske rettigheter med protokoller av 16 desember 1950
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-3-1998-99-/20.html?id=305048>
- FN konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 16 desember 1966
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-3-1998-99-/18.html?id=159302>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): Rapport: Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. IS-1315
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/is-1315-rapport-bruker-medvirkning--psyki.html?id=444288
- Kringlen, Einar (2005) Psykiatri. 8 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett(menneskerettsloven) av 21/05 1999.
<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990521-030.html>



erfaringskompetanse.no

KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse
innen psykisk helse

PB 298 Sentrum
3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no
www.erfaringskompetanse.no



erfaringskompetanse.no 2010:4

ISSN: 1891-6163

ISBN: 978-82-998301-2-6