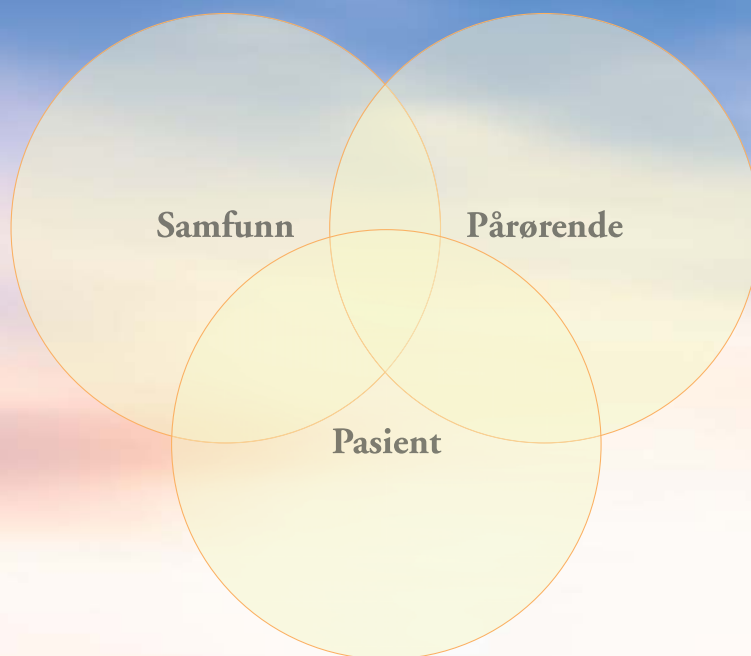


HVOR GÅR GRENSEN?

Om tvang og menneskeverd i psykiatrien



4	Forord
5	Viktige begreper i debatten om tvang
8	Tvang og menneskeverd
10	Snakk til meg!
12	Dobbeltdiagnoser – Bruker vi mer tvang overfor det vi ikke forstår?
14	Ingen endring uten forankring i ledelsen
16	Brennpunkt – programmet om tvang
18	Menneskerettighetenes dilemma
20	Hva skjer hvis vi fjerner Psykisk helsevernloven?
25	Utdrag av Lov om psykisk helsevern
30	Utdrag av Pasientrettighetsloven
34	Klagemuligheter
36	Sammendrag av Menneskerettighetskonvensjonene

Hefet er utarbeidet av LPP Norge for erfaringskompetanse.no

Trykket: 21.05.2010

Redaksjonen har bestått av:

Carl Fredrik Aas (redaktør)
Lilly Sofie Haugene
Kristin Berling
Brynjar Thorgersen Nyborg

Bidragstere:

Ulrik Hegnar
Carl Fredrik Aas

Takk til:

Helsedirektoratet for benyttelse av materiale fra utvalget som har vurdert behandlingskriteriet

Kontaktinformasjon:

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP Norge)
Møllerveien 4, 0182 OSLO
lpp@lpp.no • www.lpp.no • tlf: 23 29 19 68

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no)
Postboks 298, Sentrum, 3701 Skien
post@erfaringskompetanse.no • www.erfaringskompetanse.no

Tanker til refleksjon

Det kan stilles mange spørsmål når det gjelder bruk av tvang i psykiatrien. Dette heftet forsøker å trekke frem forskjellige sider av disse spørsmål i håp om at dette kan være et oppslagshefte for dem som er interessert i temaet.

Tvang i psykiatrien er komplekst. Dette heftet gir ikke noen svar, men reiser en rekke spørsmål som kan danne grunnlag for egne refleksjoner. Det er store uforklarlige geografiske forskjeller når det gjelder antall bruk av tvang i Norge. I psykiatrien er det flere eksempler på krenkende tvang som har ødelagt livet til psykisk syke mennesker. Andre eksempler viser hvordan psykisk syke i ettertid har vært positive til at tvang ble brukt. Disse historier er enkeltindividenes opplevelse av situasjonen. Slike erfaringer må forstås for at vi kan øke vår erfaringskompetanse innenfor dette vanskelige feltet. Med erfaringskompetanse mener vi livskunnskap som mennesker tilegner seg gjennom opplevelser og refleksiv bearbeiding, uavhengig om dette er som bruker, pårørende eller tjenesteyter.

Dette heftet begynner med å avklare noen viktige begreper som brukes i tvangsdebatten. Deretter kommer noen innledende artikler og en rekke opplevde eksempler som kan danne grunnlag for egne refleksjoner. Så følger utdrag av to sentrale lovverk, og til slutt et sammendrag av noen viktige menneskerettskonvensjoner. Leseren utfordres til å ta standpunkt til hva som burde vært gjort i de forskjellige eksemplene.

Milepæler innenfor psykisk helsevern beveger seg sakte. Før Sinnssykeloven av 1848 ble det vi i dag kaller psykisk helsevern regulert gjennom et lovverk for fattigdom, samme lovverk som omhandlet bl.a. bruk av gapestokk. Bare det at loven fra 1848 løftet frem psykiske lidelser som noe annet enn fattigdom, med behov for spesialisthelsetjenester, var et stort steg. I dag er Sinnssykeloven et begrep fra fortiden, men det er faktisk bare femti år siden den ble skrinlagt!

Dette heftet er laget av Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP Norge) for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no).

Hilde Hem

Daglig leder Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Carl Fredrik Aas

Styreleder i LPP Norge og redaktør av heftet

Viktige begreper i debatten om tvang

Alvorlig sinnslidelse Personer med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, psykoselidelser, schizoaffective lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, paranoid, schizoid, dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse). Enkelte andre diagnoser kan være aktuelle dersom lidelsen gir et betydelig funksjonstap (helsedirektoratet).

Depotmedisin Medisin med langvarig virkning. Medisinen settes oftest ved injeksjon (sprøyte) ved poliklinikk, hos fastlege eller hjemme hos pasienten.

Dobbeltdiagnose Dobbeltdiagnose innen rus og psykisk lidelse er en diagnose gitt til mennesker som har en psykisk lidelse samtidig som de har en ruslidelse. Den offisielle definisjonen av dobbeltdiagnose i Norge er forbeholdt mennesker med vedvarende alvorlig ruslidelse i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse. I en del sammenhenger benyttes dobbeltdiagnose i en videre betydning enn den over, og innbefatter enhver kombinasjon av en psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, også de mindre alvorlige. (Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri)

Hovedkriteriet For at en tvangsinnleggelse skal finne sted må det foreligge en alvorlig sinnslidelse. (Psykisk helsevernloven §3.3)

Kontrollkommisjonen Tilsynsgruppe av fire personer som har som hovedoppgave å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles innenfor det psykiske helsevern. Kontrollkommisjonen er forklart nærmere i kapittelet om klagemuligheter,

Nærmeste pårørende Nærmeste pårørende er nærstående personer som etter pasientrettighetsloven er tillagt viktige funksjoner i pasienters kontakt med helsevesenet. Når pasienten samtykker eller forholdene tilsier det, skal nærmeste pårørende ha informasjon om helsetilstanden og den hjelpen som gis. Nærmeste pårørende skal også gi samtykke til helsehjelp når pasienten ikke er i stand til å gjøre det selv, og de har på visse vilkår rett til innsyn i journaler når en pasient dør. De nærmeste pårørende er etter loven de pasienten selv oppgir. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har kontakt med pasienten, likevel slik at helsevesenet skal ta utgangspunkt i en rekkefølge der ektefelle, registrert partner, samboere, myndige barn og foreldre kommer først.

Psykiatri Psykiatri, læren om sjelens eller sinnets lidelser, psykiske lidelser. Egen medisinsk spesialitet. Psykiatrien har ingen egen teori for psykiske lidelser, men anvender ulike biologiske og psykologiske teorier. (Store Norske leksikon)

Psykose Psykose defineres gjennom ulike typer tegn og symptomer, som vrangforestillinger, hallusinasjoner eller kognitive forstyrrelser. Hallusinasjonene er feilaktige, men fullstendig realistiske sanseopplevelser. De kan oppleves for alle fem sansene,

men det typiske er hørsel, syn eller kropp. Ved psykoser, og spesielt ved schizofreni, er det hørselshallusinasjoner som forekommer hyppigst. En typisk vrangforestilling kan være at man føler seg forfulgt uten at det foreligger objektive tegn på at det er tilfelle. Det forekommer hyppig at mennesker med schizofreni opplever seg styrt av noe utenfor seg selv for eksempel fra verdensrommet eller annet sted gjennom tekniske innretninger som noen har plassert inn i deres kropp. (Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven, Helsedirektoratet IS-1370)

Samtykkekompetanse Begrepet samtykkekompetanse er ikke definert i lovverket. "Samtykket skal ideelt sett uttrykke personens eget, overveide og frivillige valg med hensyn til behandling eller andre tiltak." (Sinding Aasen 2000, s. 225). Samtykket må gis under omstendigheter som sikrer moden overveelse, og basert på god kunnskap om og adekvat forståelse av egen situasjon og det aktuelle tiltaket. Frivillighet og oversikt over konsekvensene inngår som viktige elementer i vurderingen av samtykkets gyldighet. (NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene)

Retten til samtykke til helsehjelp har Myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. (Lov om pasientrettigheter §4-3)

Skjerming Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter. (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet)

Tilleggs-kriteriene I tillegg til hovedkriteriet, må også minst ett av følgende tilleggskriterier være til stede ved tvangsinnleggelse:

a) Behandlingskriteriet (Behandlingstvilkåret): Personen får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b) Farekriteriet: Personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. (Psykisk helsevernloven §3.3)

Tvangsinnleggelse Noen personer med alvorlig sinnslidelse kan legges inn med tvang ved en institusjon dersom vilkårene i psykisk helsevernloven §3.3 (hovedkriteriet og ett tilleggskriterium er oppfylt. Ved slik innleggelse kan det om nødvendig fattes vedtak om bruk av spesielle tvangsmidler for å dempe voldsom aktivitet eller tvangsbehandling med legemidler. Alle vedtak om tvangsbruk skal være nøye dokumentert. De kan påklages til en overordnet instans, oftest kontrollkommisjonen, som skal prøve alle sider ved tvangsvedtaket. For øvrig har Helsetilsynet i fylket tilsynsansvar med tjenesteytingen innenfor psykisk helsevern.

Tvang uten døgn Personer underlagt tvungent psykisk helsevern, men som ikke er fysisk innlagt ved en psykiatrisk døgnenhet.

Tvangsmedisinering Tvangsmedisinering er tvungen behandling med medikamenter i forhold til alvorlige psykiske lidelser. Det må fattes et eget vedtak om dette og er ikke et automatisk følge av å være tvangsinnlagt. En kan også underlegges tvangsmedisinering uten å være innlagt, det vil si "tvang uten døgnopphold". Personer som er frivillig innlagt kan ikke tvangsmedisineres.

Behandling skal bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser, og at det bare kan brukes legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Vedtak om tvangsmedisinering skal fattes av faglig ansvarlig, og kan ha en maksimal varighet på tre måneder. Tvangsmedisinering er regulert gjennom tvangsbehandlingforskriften.

Tvangsmidler Tvangsmidler er måter som ansatte i institusjoner i psykisk helsevern har lov til å møte farlig situasjoner i psykisk helsevern med. De er forankret i nødrett, og kan også brukes overfor mennesker som ikke er tvangsinnlagt. Å bli beltelagt og holding er tvangsmidler. Hurtigvirkende beroligende medisiner er et tvangsmiddel og er ikke det samme som tvangsmedisinering.

Helsetilsynet Statens helsetilsyn er overordnet tilsynsmyndighet for sosialtjenesten og helsetjenesten i Norge, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsetilsynet i fylket ledes av en fylkeslege.

1. linjetjenesten Begrepet brukes i denne sammenhengen om helse- og omsorgstjenester som utføres av det kommunale tjenesteapparatet (primærhelsetjenesten).

2. linjetjenesten Begrepet brukes i denne sammenhengen om helsetjenester som utføres av sykehus og Distriktpsikiatriske sentra. (Spesialisthelsetjenesten)

Tvang og menneskeverd

Legegjerningen bygger på en flere tusen år lang tradisjon i å redde og lindre liv. Etikken omfatter en både lovfestet og implisitt praksis om å bidra til velgjørenhet, uten å skade pasienten, og å utøve gjerningen med rettferdighet og respekt. Taushetsplikten er en av dydene knyttet til legegjerningen. Det samme gjelder forbud mot utnyttelse av seksuell, økonomisk eller religiøs karakter.

Begrepet menneskeverd er ikke lett å definere. Filosofen Immanuel Kant (1724 – 1804) var en av de første som brukte begrepet "verdi" i moralsk forstand da han introduserte begrepet "absolutt verdi". At noe har absolutt verdi, betyr at det ikke kan byttes eller prissettes. Verdien er iboende, den er uavhengig av tingens relasjon til noe annet. For Kant er det kun mennesket som har slik iboende verdi.

Psykatri er en ung profesjon, som fikk sine første institusjoner med et uttalt formål om å behandle psykiske lidelser rundt midten av attenhundretallet. I løpet av denne relativt korte tidsperioden er mange krenkelsener begått, og psykiatriens historie har mange mørke sider.

Tvang er fysisk eller psykisk å bruke sin makt ovenfor en annen. Tvangen kan være skjult eller åpen. Innenfor somatiske lidelser har diskusjonen om rett til bruk av tvang pågått lenge. Det er innført en paragraf i Pasientrettighetsloven (4 A) om tvang innenfor somatikken gjeldende fra 01.01.2009.

Temaet tvang i psykiatrien gjelder en rekke forhold. Det kan være spørsmålet om tvangsinnleggelse på en psykiatrisk institusjon, tvangsbehandling eller tvangsmedisinering både i og utenfor institusjon. Tvang kan også være mekaniske tvangsmidler brukt innenfor psykiatrisk institusjon for å hindre at et menneske skader seg selv eller andre, f.eks bruk av belter.

Det er først og fremst spørsmål om samtykkekompetanse som er stridens kjerne innenfor bruk av tvang i psykiatrien. Den psykisk syke og omverdenen kan være uenige i oppfattelsen av virkeligheten, og i en slik situasjon kan samtykke være umulig å komme frem til. Det er flere begreper man ofte kommer til å møte i diskusjonen rundt tvang i psykiatrien; "hovedkriteriet" som er alvorlig sinnslidelse, og tilleggskriteriene "behandlingskriteriet" og "farekriteriet". Når hovedkriteriet sammen med et av tilleggskriteriene er til stede, kan helsevesenet etter bestemte regler i Psykisk helsevernloven bruke tvang overfor et menneske med psykiske lidelser.

EKSEMPLER:

Hva ville du gjort?

Siri har sovet mer eller mindre i 11 dager. Hun har nesten ikke spist, og lever i mørke. Ingen lamper skal tennes. Av og til reiser hun seg, står midt i rommet mens hun stirrer ut i luften. Så legger hun seg igjen. Hun har en datter som er 11 år, og hun vet at når mamma verken røyker eller spiser på så mange dager, ... er det like før hun selv må flytte, og mamma må på sykehuset. Derfor venter datteren i det lengste med å hente hjelp. Hittil har mamma skreket til henne, når hun har forsøkt å oppnå kontakt. Nå er alt stille. Utmagret og redd springer hun bort til helsesøster på skolen.

Bør noen gjøre noe og eventuelt hva?

Hva ville du gjort?

En mann i trettiårene bor alene. Han tror at overvåkingspolitiet har satt på ham hemmelig avlyttingsutstyr, slik at de kan høre og se alt han gjør. Han hører stemmer som sier at ingen får lov å se dette utstyret, fordi det er topp hemmelig, og han får ikke lov å gå ut av leiligheten. Dette medfører at han mister jobben da han ikke går på arbeid. Han får etter hvert økonomiske problemer og kan ikke betale husleien. Han trues med utkastelse. Familien må kjøpe mat til ham, og hans mor er den eneste som får lov å slippe inn. Hun er ufarlig, har stemmene i hodet fortalt ham. Han nekter å snakke med noen andre i familien eller fagfolk. Ingen andre får slippe inn til ham, for hans oppdrag er topp hemmelig. Han nekter å snakke med noen andre om sin situasjon.

Hva skal man gjøre og hvordan?

Snakk til meg!

(Linda Øyes historie)

Med over tusen sydde sting på egen kropp har erfaringskonsulent Linda Øye maktet å gjøre sin smerte synlig for andre. – Det handler ikke OM tvang skal brukes, men hvordan, sier Øye.

Traumatiserende

– Det er noe med måten man går frem på, når det er nødvendig å bruke tvang, sier Linda Øye. – Selv hadde jeg i løpet av en kort og turbulent barndom, opplevd å bli flyttet over tjue ganger til ulike fosterhjem og ungdomshjem. Jeg hadde derfor et anstrengt forhold til valg. Alle bestemte over hodet på meg, og valgene de tok, innebar mye smerte. Det er denne bakgrunnen du må ta med i bildet, når jeg tjue år gammel skal forholde meg til lovens menn som vil bruke tvang for å legge meg inn på psykiatrisk. Jeg er i dag veldig delt på hva jeg mener om tvang. Jeg er for tvangsinnleggelse, men mer kritisk til tvangen som blir brukt inne på avdelingene.

Vis medmenneskelighet

– Jeg hadde så mye smerte i meg at jeg begynte å skade meg selv. Personalet har da lært seg at når de blir vitne til slikt, skal de si noe sånt som “vi snakkes når du er ferdig med det der”. Så går de, for ikke å gi deg oppmerksomhet for dine handlinger. En slik praksis er helt uforståelig for meg den dag i dag, fortsetter Øye. Man kommer så mye lenger med litt medmenneskelighet, det er jo det jeg har manglet hele livet!

Mitt liv ble endret

– De som er vitne til at et menneske er i ferd med å gå til grunne, har det virkelig ikke lett, fortsetter Øye. – Behandlingskriteriet er de pårørendes lov, slik jeg ser det. Det må være et håndfast lovverk de kan gripe til, når de som kjenner vedkommende best, vet at ting er riv ruskende galt. I seks år var jeg stort sett innlagt, jeg var oppgitt av systemet og var på oppbevaring. Spørsmålet om å flytte meg over på sykehjem var aktuelt. Men så møtte jeg mannen min, og kjærlighet er magisk. De siste årene har jeg kun hatt én lang innleggelse. De er blitt korte, og skjer sjeldnere og sjeldnere. Jeg er nok det de kaller en solskinnshistorie.

– Tenk på at det bare er seks år siden jeg kom ut etter disse seks årene. Nå har jeg funnet min mann. Jeg har et meningsfylt arbeid. Jeg er takknemlig for livet. Jeg vil noe med dette livet. Jeg vil fortelle at ting kan snu, selv om det ikke ser ut til å være håp!

EKSEMPLER:

Hva ville du gjort?

Eva på 19 år har fått problemer. Hun var en flink elev som plutselig slutter på skolen. Foreldrene forstår ikke hva som skjer. Datteren har endret seg og er ikke til å kjenne igjen. En lege snakker med henne og vurderer ta henne under behandling, hvorpå hun rømmer fra stedet. Både legen og familien er redd for at hun skal gjøre seg noe. Familien kontakter legen et par timer senere og forteller at datteren var hos noen venner. Legen kontakter politiet. Når hun ser at politiet i uniform kommer inn i leiligheten, får hun panikk og forsøker å hoppe ut av vinduet i fjerde etasje. Men hun blir stoppet i siste øyeblikk. Når hun blir lagt inn på avdelingen, må hun sitte helt alene i et rom med en vakt som sitter utenfor døren hennes. Det var kun Evas mor som fikk lov til å besøke henne, og fikk svært lite informasjon fra legene. De pårørende er enda mer oppgitt og fortvilet over situasjonen.

Hva burde vært gjort og hvordan?

Hva ville du gjort?

En mor ringer legen fordi sønnen på 21 år truer med kniv. Det er vinter, og mor og datter står barbent på utsiden av huset for å ringe etter hjelp. De er redde og fortvilte. Sønnen har over lengre tid vært under behandling for en bipolar lidelse, men har det siste året bodd i egen bolig og hatt fast jobb. Han var nylig på ferie i utlandet, og livet har lenge vist seg fra en lettere side. Det viser seg nå at det er over tre måneder siden sønnen sist tok medisiner. Han har hatt bivirkninger som går ut over motorikk, og hindrer utøvelsen av hans store lidenskap som er motorcross. Han har også fått seg kjæreste, og han mener selv at medisinerne påvirker seksuallivet. I sin fortvilelse over egen situasjon truer han med å ta sitt eget liv, og livet til den som forsøker å hindre han

Hva burde man gjøre og hvordan?

Dobbeltdiagnoser

– Bruker vi mer tvang overfor det vi ikke forstår?

(En pårørende forteller)

Pasienter som havner midt mellom to fagfelt, kan ha vanskelig for å bli forstått.

– Når helsevesenet ikke kan sette en diagnose som utløser adekvat behandling, øker bruken av tvang sier Berit Marie Dybsjord. Hun er mangeårig pårørende til en sønn med dobbeltdiagnose.

Må jobbe helhetlig

Når du som pasient tilhører to forskjellige fagfelt, her rus og psykiatri, er utfordringen å få disse til å snakke sammen. Dybsjord har selv arbeidet med utviklingen av de nye retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av dobbeltdiagnosepasienter, som ble fremlagt i 2009. – Det har blitt bedre, men fremdeles ser vi at rusfeltet har for dårlig kunnskap om psykiatri og omvendt, poengterer Dybsjord.

Faglig uenighet

Er pasientens psykoselidelse ettervirkninger av mange års rusmisbruk, eller ble rusmisbruk en måte å selvmedisinere en ubehandlet psykiatrisk lidelse, spør både Dybsjord og helsearbeidere seg. – Fagfeltene jobber etter ulike hypoteser, men når de er uenige seg i mellom, drar pasienten definitivt det korteste strået, fordi det må en diagnose til for å utløse god behandling. Når ingen kan si sikkert hva som feiler pasienten, er konsekvensen dessverre alt for ofte at det går for lang tid uten at det settes inn tiltak. Akutte tiltak og bruk av tvang blir nødvendig. Det er uverdigg, fastslår Dybsjord.

Involver pårørende

– De som står nærmest, holder i den røde tråden, når mange instanser skal utrede og synse om hva problemet er. Dobbeltdiagnoser stiller store krav til en helhetlig tilnærming, og pårørende har en viktig funksjon i å formidle noe av alt det vesentlige som ikke står skrevet i en journal. Kunnskap er en viktig faktor for å hindre bruk av tvang.

– Å være pårørende til en med dobbeltdiagnose er et liv i evig angst i frykt for hva vedkommende kan finne på. Det er kun når den som vi er pårørende til, får behandling for rus/ psykose, at vi kan slappe av. Men da er det viktig at vedkommende får en tilpasset behandling og oppfølging av både rusproblemene og psykoselidelsen. Noen ganger innser ikke pasientene at de trenger behandling. I slike situasjoner kan de bli meget vanskelige å ha med å gjøre og lite samarbeidsvillige. Denne situasjonen virker hemmende og fører til betydelig slitasje på familien. I akutte situasjoner kan tvang være siste utvei. Å ha en sønn eller datter med denne type lidelse er en evig sorg, avslutter Dybsjord.

EKSEMPLER:

Hva ville du gjøre?

Petter har vært mer og mindre ruset siden han var seksten år. Han har fått diagnose schizofreni, men ingen vet egentlig hva som kom først. Rusen eller den psykiske lidelsen. Nå har han vært uteligger i over en måned, mens kulda har herjet som verst. Faren for at han setter en overdose er reell, både fordi han er så sliten, og fordi han trenger stadig mer for å få full uttelling. Han holder seg langt unna hjelpeapparatet, og derfor har han heller ikke tatt imot tilbud om rom nå som det er så kaldt. Et lårbensbrudd, gjør imidlertid at han er sendt til legevakten. Han legger seg ikke inn på psykiatrisk avdeling frivillig, men sannsynligheten er stor for at han ikke vil klare seg hvis han blir satt ut på gata etter at lårbenet ble gipset.

Hva bør gjøres og hvordan?

Hva ville du gjort?

Synne har ikke åpnet døren på flere uker. Pårørende har snakket med henne gjennom ytterdøren, men hun sier de skal la henne være i fred. De har satt frem mat, og ser at hun har åpnet døren og tatt det de har satt frem inn. Nå har det gått så lang tid at pårørende kontakter lege, som klarer å komme inn i leiligheten med politiets hjelp. Der blir de møtt av et syn, som bærer preg av forfall. Hun sitter foroverbøyd i sofaen, og holder seg for magen. Siden toalettet er overvåket, kan hun ikke gå inn der og har derfor ikke vært på do på lang tid. Hun har både fysisk vondt, og er svært redd men vil være i fred.

Hva burde man gjøre og hvordan?

Ingen endring uten forankring i ledelsen

(Ny praksis ved Reinsvoll sykehus)

Personalgruppen på akuttposten ved Reinsvoll psykiatriske sykehus bestemte seg for å finne nye måter å tillemppe og redusere anvendt tvang på. Fra en sped begynnelse tuffet på vilje til endring, har enheten siden 2005 fått et strukturert grep om en ny praksis ved bruk av tvang. Per Bakke har vært sykepleier på Reinsvoll i 20 år: Slåssing har jeg lært på jobben, og bak meg har jeg episoder med pasienter som jeg ikke er særlig stolt av. I dag er heldigvis virkeligheten en annen!

Uskrevne regler

– Utagerende adferd har rett og slett drastisk minsket ved vår enhet. Før var det mer dagligdags, nå er det sjelden. Noe av forklaringen tilskriver vi et kraftig oppgjør med de uskrevne regler som satt i veggene her, og ikke minst våre firkanta husregler som i seg selv skapte mye uro. En annen vesentlig forskjell er at vi i dag har ansatt langt flere fagpersoner med videreutdanning og antallet ufaglærte medarbeidere til et minimum, forteller Bakke.

På Reinsvoll er det arbeidet mye med å trygge personalet i sine vurderinger, og at de for eksempel ikke skal få negativ kritikk i ettertid for måten de har løst en utfordring på. I dette arbeidet ligger også en tydelig verdibasert beslutning om ikke å dømme noen for sine handlinger, men se hele mennesket. Enten det gjelder ansatte eller pasienter.

– Når en av våre pasienter blir psykotisk, og åpenbart må beskyttes mot seg selv, ville vi før i tiden tillempet en skjerming som innebar mye isolering. Ikke sjelden også bruk av hjelpemidler, som belter og kraftigere medisiner. Nå møter vi hver enkelt pasient med en helt annen respekt. Når vi i dag noen ganger ser oss nødt til å være strengere enn vi ønsker å være, er det rett og slett fordi vi faglig sett mener det er til det beste for pasienten, oppsummerer Bakke.

Fra "oss og dem" til "vi"

Som ved ethvert helseforetak ligger lovmessige vedtak i bunn ved bruk av tvang og skjerming. Likevel er det opp til det enkelte helseforetak å forme sin organisasjonskultur, hvilke verdier man styrer etter og ikke minst innholdet i skjermingen.

– Vi skjerner fremdeles, men hos oss kan det innebære å gå en tur sammen eller å sanke en sau. Naturen kan gjøre underverker, og vi kommer mye raskere til målet; nemlig å gi pasienten en behandling som skaper indre stabilitet og mestring av sine psykiske lidelser.

Ledelse betyr mye

– Det snakkes en del om ildsjeler og enkeltpersoner som gjør en uvurderlig innsats for enkeltmennesker i systemet. Det er fint, men målet må være å bygge opp en tjeneste som oppleves god for alle pasienter og pårørende, uansett hvem som er på vakt den dagen du kommer. Kjemi vil alltid være en del av forholdet mellom en pleier og pasient, og kan påvirke oppholdet både i positiv og negativ retning, men en profesjonell behandling må hvile på mye mer enn relasjoner. Nettopp innholdet i en behandling, kulturen som preger en arbeidsplass og menneskesynet som ligger til grunn for praksis – er uten tvil et spørsmål om ledelse, avslutter Bakke.

EKSEMPEL:

Hva ville du ha gjort?

Avdelingssjefen sier på et morgenmøte at de må ha husregler på avdelingen, ellers klarer de ikke å holde ro og orden. Derfor er det ikke lov å røyke etter klokken ti. Mari er urolig, vrir seg i sengen og lister seg ut for å ta seg en røyk. Klokken er halv elleve, og dermed bryter hun klart med husreglene. En av medpasientene ser henne, og varsler pleierne på nattevakt. De konfronterer henne med reglene, og hun ber om å få litt fred. Hun rusler ut på verandaen for å understreke sitt poeng. To pleiere følger etter henne, og nå skriker Mari til dem at hun vil være i fred og slår ukontrollert rundt seg. De to pleierne bærer henne tilbake til rommet hennes med beskjed at hun ikke kan røyke og lukker døren.

Hva burde man ha gjort?

Tvang blir tema i Brennpunkt på NRK

Den 27. oktober 2008 ble det i programmet Brennpunkt på NRK vist to eksempler fra noen år tilbake, som viser noen av utfordringene psykiatrien har.

I det ene eksemplet var det en ung kvinne fra Sørlandet som var under poliklinisk psykiatrisk behandling. Hun mente at hun ikke hadde behov for mer behandling ved sykehuset. Kvinnen hadde en avtale ved sykehuset, som hun uteble fra, fordi hun antok at hun ville bli tvangsinnlagt. Kvinnen var i følge en psykiater ved sykehuset vanskelig å ha med å gjøre, og at hun hadde ugunstig innvirkning på de andre pasientene. Dette var kvinnen sterkt uenig i. Kvinnen rømte da hun følte situasjonen svært dramatisk. Psykiateren mente "rømningen" bekreftet at kvinnen hadde fått tilbakefall, og derfor utviste manglende dømmekraft. Hun ble etterlyst av sykehuset. Etter noen uker i skjul fikk moren til pasienten i stand et møte mellom datteren og en representant fra sykehuset på et nøytralt sted. Der ble de enige om en avtale som begge parter kunne akseptere, der kvinnen skulle følges opp av fastlegen og en psykolog hun hadde tillit til.

Den andre fortellingen gjaldt tvangsinnleggelse av en ung kvinne som hadde et sykt barn hun fortsatt ammet. Kvinnen ble innkalt til samtale ved det lokale distriktpsikiatriske senteret (DPS), som hun hadde hatt kontakt med i en periode. Hun fikk beskjed om at dersom hun ikke møtte opp innen en time, ville hun bli hentet av politi. Kvinnen forteller at hun møtte motvillig opp ved DPS. Legen som mente at hun måtte tvangsinnlegges, ville ikke ta kontakt med kvinnens fastlege, til tross for at hun ba om dette for å avklare situasjonen. Legen, som anså kvinnen som akutt suicidal, overså hennes ønske. Kvinnen ble så fraktet av politi til psykiatrisk avdeling på et sykehus der hun brutalt ble fratatt sin mobiltelefon. En spesialist fra sykehuset vurderte henne innen 24 timer og konkluderte med at det ikke var grunnlag for en tvangsinnleggelse. Kvinnen gikk til rettssak mot sykehuset for brudd på menneskerettighetene ved ulovlig frihetsberøvelse og krenkelser av privatliv og familieliv. Kvinnen vant saken.

Det er et paradoks at det finnes pasienter som er redd for helsevesenet som skal hjelpe dem.

Brennpunkt- programmet ga grunnlag for en rekke refleksjoner. Hvordan ville legen ønsket å bli møtt hvis det var han/henne som var pasienten, og som ble vurdert tvangsinnlagt?

Hvilke holdninger og verdier og hvilken organisasjonskultur ønsker vi skal prege de forskjellige psykiatriske institusjoner?

Hvilken opplæring har ledelsen gjennomført for å sikre at lov og regler blir fulgt?

Hva har man gjort for å lære de ansatte å takle kritiske situasjoner uten å bruke tvang?

EKSEMPLER:

Hva ville du gjort?

Uniformert politi stormer inn i leiligheten til Torbjørn på 47 år. Han er en fredelig kar, men i ukevis har naboer fra tid til annen hørt merkelige lyder. Det er snakk om uling, som om blokka er bebodd av ulver. Høylytt og gjerne midt på natten blir naboer vekket, og det har ført til uro og mange rykter i nabolaget. For to timer siden sendte en nabo en bekymringsmelding til politiet, og det ble straks tatt affære. Torbjørn var kjent av politiet og helsevesenet, der han har vært til behandling tidligere. Nå bæres Torbjørn ut i pyjamas, uten sko på bena, mens han skriker om hjelp. Barn og voksne er vitner til hendelsen. En dag skal Torbjørn forhåpentligvis komme tilbake til nabolaget. Hva vil de synes om ham?

Hva burde vært gjort og hvordan?

Hva ville du gjort?

Mari har 65 tvangsinnleggelse bak seg. Det er mer enn fem i året. Hun har ikke rukket å bli mer enn 32 år. Mari har blitt det helsevesenet kaller en kroniker, en gjenganger. Det levnes egentlig ikke noe håp om at hun noen gang skal kunne leve et liv fri fra psykiske lidelser, og hun er åpenbart til fare for seg selv når psykosene setter inn. I dag blir hun igjen hentet av politiet, men nå kjenner de henne så godt at de velger å gjøre ting på en litt annen måte. De setter seg ned for å høre på noen dikt hun vil lese høyt, dikt fra planeten Kormeihu, som jobber gjennom Mari for å avsløre hvordan menneskene blir merket for livet av strekkodene på matvarer. Det tar ca femten minutter, og hun går deretter frivillig med dem ut i bilen. Det ble begynnelsen til et vendepunkt for Mari, som nå har gitt ut 4 diktsamlinger. Fremdeles legges hun jevnlig inn med tvang.

Hva burde man gjøre og hvordan?

Menneskerettighetenes dilemmaer

I løpet av 2009 fant det sted en rekke tragiske hendelser hvor psykisk syke mennesker utøvet vold mot en eller flere personer, med dødelig utgang. Dette gikk direkte eller indirekte ut over pårørende. I noen av disse tilfellene hadde den syke bedt om hjelp, men ikke fått det.

På den annen side var det tilfeller i 2009 hvor personer har blitt tvangsinnlagt uten at frivillighet har vært prøvd.

Disse og mange andre eksempler reiser en rekke prinsipielle spørsmål om menneskerettigheter. Det er en menneskerett å bestemme over eget liv. God fysisk og psykisk helse er også en menneskerett. Samtidig er det en plikt fra samfunnets side å tilby medisinsk behandling til en som er syk. Noen ganger står disse forholdene i motsetning til hverandre.

I vår individualistiske vestlige kultur er det lett å se på menneskerettigheter utelukkende fra enkeltindividets ståsted. Men ethvert individ er sammenvevd med andre og kan ikke sees isolert fra det sosiale fellesskapet. For oss alle begrenses vår selvråderett av lovverk på mange plan, hensyn til fellesskapet og andre menneskers rettigheter.

Menneskerettigheter er basert på verdier. Vern om menneskeverdet er verdigrunlaget for menneskerettighetene. Det vil si at både enkeltmennesket og samfunnet må verne om menneskeverdet.

I dagens Norge er det lov å velge et liv som medfører at man går til grunne. Samfunnet kan ikke gripe inn i tilfeller der et voksent menneske har bestemt seg for å ikke ta vare på seg selv. På den annen side har vi en humanistisk tradisjon og lovgivning fra 1848 som tar hensyn til psykisk syke som ikke forstår sin egen livssituasjon. Her kan samfunnet for eksempel gripe inn for å hindre at en person med en psykisk lidelse skader seg selv eller andre. Under denne tradisjonen ligger det en forutsetning om at den syke ikke har tatt et bevisst valg om å gå til grunne, men at sykdommen blokkerer mulighetene for å ta et valg. Den psykisk syke forstår ikke alltid situasjonen. Et eksempel på dette er vår lange juridiske tradisjon hvor en som er utilregnelig i gjerningsøyeblikket, ikke skal straffes på samme måte som en som bevisst har planlagt en straffbar handling.

Når samfunnet griper inn med tvang overfor den psykisk syke, lykkes det noen ganger å hjelpe vedkommende, mens det andre ganger har gjort vondt verre. Det er ikke bare spørsmål om tvang skal brukes eller ikke, det er også et spørsmål om hvordan dette gjøres.

Den psykisk syke betegnes i den nye FN konvensjonen som funksjonshemmet (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*). Det er den psykiske sykdommen som er grunn til funksjonshemmingen. De psykisk syke har behov for behandling på grunn av sin sykdom, og denne behandlingen er også en menneskerett. I følge denne konvensjonen skal den syke hjelpes til å ta et informert samtykke. Tvangsbehandling kan ikke gis bare på grunnlag av funksjonsnedsettelsen.

Disse refleksjoner reiser en rekke vanskelige spørsmål som:

Hva skjer hvis den psykisk syke ikke kan hjelpes til et informert samtykke som fellesskapet kan leve med? Hvem skal avgjøre om den psykisk syke trenger behandling eller ikke? Den syke? Legestanden? Domstolene?

Går det en grense for den psykisk sykes selvråderett når vedkommende ikke forstår konsekvensene av egne valg og handlinger? Hvor går grensen mellom individets selvråderett og samfunnets behov for trygghet og beskyttelse?

Hvordan møter samfunnet personer som åpenbart har behov for behandling, men ikke vil motta noen form for hjelp, informasjon eller råd? Skal det gripes inn med tvang, eller skal psykisk syke i noen tilfeller få gå til grunne, og kanskje ta andre med seg?

Hvordan kan lovverket utformes, slik at det tar hensyn til både de psykisk sykes menneskerettigheter og samfunnets behov for beskyttelse og trygghet?

Hva mener du om dette?

EKSEMPEL:

Hva ville du gjort?

Akuttjenesten holder oppsyn med en leilighet, hvor de vet at et menneske med alvorlig psykiske lidelser bor. Daglig banker de på døren hos vedkommende som ikke vil åpne opp for dem. De sitter en stund utenfor og prater gjennom dørsprekken inn til leieboeren som flere ganger har vært innlagt tidligere. Det er egentlig ingen som vet nøyaktig hva som skjer bak den lukkede dør, men etter et par dager uten kontakt med vedkommende, og naboene ikke har hørt lyder fra leiligheten, bryter akuttjenesten med politiets hjelp seg inn i leiligheten. De blir møtt med en sterk urinstank og et uverdig syn av et menneske som ved egen hjelp har avsluttet sitt liv.

Hva burde man ha gjort og hvordan?

Hva skjer, hvis vi fjerner Psykisk helsevernloven?

Ved advokat Ulrik Hegnar,
leder i forskjellige kontrollkommisjoner
gjennom 18 år.

Ulrik Hegnar beskriver flere alternative scenarier hvis Psykisk helsevernloven blir fjernet:

- a) Innholdet i Psykisk helsevernloven kan flyttes i sin helhet eller delvis til annet lovverk eller det kan opprettes en egen tvangslov
- b) Ingen bestemmelser i Psykisk helsevernloven flyttes til annet lovverk. Da vil tvang innen psykiatrien bli regulert av Pasientrettighetsloven § 4A og bli likestilt med tvangsbestemmelser innen somatikken. Denne paragrafen ble innført 1. januar 2009 og gjelder i dag kun somatikken. I så tilfelle vil det bli lettere å gjennomføre tvang innen psykiatrien enn det er i dag.

Innledning

Norge har hatt en lang tradisjon med å ha spesiallover for behandling av alvorlig sinnslidelse. Loven fra 1848 som ble utformet hovedsaklig av Herman Wedel Major, la spesielt vekt på det rettssikkerhetsmessige aspektet ved behandling av folk med alvorlig sinnslidelse. Han påpekte at det var nødvendig å forstå at det kunne være et motsetningsforhold mellom hvilke ønsker og behov pasienten hadde, i forhold til samfunnets behov og til de nærmeste pårørendes behov. Derfor måtte det være kontrollkommisjoner som hadde innsyn i hva som skjedde på asylene og avgjorde denne tvisten.

Lov om psykisk helsevern ble endret og presisert i 1961, og vi fikk ytterligere ny lov i år 1999. Fra da av ble den rettslige reguleringen av det psykiske helsevern delt mellom Lov om spesialisthelsetjenester, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Lov om psykisk helsevern. Situasjonen i dag er at man må bruke fire lover for å vurdere behandlingen av folk som har en alvorlig sinnslidelse.

Man må forholde seg til fire helselover med tilhørende forskrifter i Norge, og man må også ta hensyn til bestemmelsene om menneskerettigheter som er nedfelt i forskjellige konvensjoner og kilder. Noen av dem er direkte norsk lov, mens andre må anses som føringer om hvordan vi bør forstå loven, og hvordan vi tilnærmer oss mennesker med alvorlig sinnslidelse. De bestemmelsene om menneskerettigheter Norge er bundet av, er omskrevet og anses av lovgiver å være tatt inn i våre nasjonale helselover. Lov om psykisk helsevern er den viktigste tvangsloven i Norge og berører ca 10 000 tvangsinnleggelses i året.

Menneskerettigheter

Det er vanskelig å bruke bestemmelsene om menneskerettigheter direkte, da disse ofte bygger på noe mer løst formulerte tekster enn det vi er vant til i Norge. Derfor er det mer praksis som bestemmer hvordan man skal forstå bestemmelser om menneskerettigheter. Forståelsen av f eks praksisen fra Menneskerettighetsdomstolen er ofte svært vanskelig tilgjengelig. Videre er betegnelsen "menneskerettighetsbestemmelser" et problem. Man tenker lett at menneskerettigheter bare skal være til beskyttelse av enkeltindividene for at vedkommende skal få lov til å leve sine egne selvstendige frie liv uten innblanding av andre.

Bestemmelsene om menneskerettigheter beskytter enkeltindividene. Men de har også bestemmelser om at samfunnet har en rett og plikt til å hjelpe mennesker som har en alvorlig sinnslidelse også mot deres vilje, både av hensyn til pasienten, av hensyn til samfunnet og av hensynet til pasientens nærmeste pårørende. Videre har menneskerettighetsbestemmelsene ut fra et rettssikkerhetssynspunkt, klare krav om at man må gå frem på en formelt riktig måte. Hvis man skal bruke tvang og behandle folk mot sin vilje, skal dette være tydelig lovforankret. Videre skal det være tydelig lovgivning rundt klageretter og overprøvinger.

Utviklingen

Vi har i de siste 10 årene hatt et sterkt søkelys på behandling av mennesker med alvorlig sinnslidelse og andre psykiske problemer. Dette har vist seg bl.a. gjennom opptrappingsplanen for det psykiske helsevernet. Videre har det vært gitt mye god informasjon for å alminneliggjøre oppfatningen av psykiske problemer og behandling av psykiatriske lidelser. Det har videre vært gitt stor økning i ressursene under opptrappingsplanen, både til spesialisthelsetjenesten og til behandling av psykiske lidelser på første linje eller kommunalt/bydelsnivå.

Spørsmålet om hva som vil skje hvis vi fjerner Psykisk helsevernloven må derfor sees ut fra flere forskjellige aspekter.

1. Den ene måten å se dette på er at det er helt nødvendig å beholde de reglene som er gjeldende pr i dag, men at disse kan plasseres i lovverket på en annen måte. Disse reglene kan da i sin helhet tas direkte inn i pasientrettighetsloven ved å lage egne kapitler med det samme lovmessige innholdet som Psykisk helsevernloven i dag. Spørsmålet blir da om dette medfører at det ut fra en politisk, menneskelig, og faglig forståelse, gjør at synet på og behandlingen av mennesker med en alvorlig sinnslidelse blir annerledes enn ved å ha en særlov. Dette blir en mer pedagogisk, politisk og praktisk vurdering av situasjonen. Ulempen ved å bringe dette inn i Pasientrettighetsloven er at begrepet pasientrettighetslov blir feilaktig, når en stor del av denne loven faktisk vil omfatte tvang. Ved at man på denne måten lager et mer komplisert lovverk, vil man ikke så entydig finne de reglene man skal benytte. Det er ikke umiddelbart lett å se at tvang anses som en rettighet, selv om jurister ser at rett og plikt er to forskjellige sider av medaljen som forholder seg til den samme virkeligheten.

Når man ser den historiske utviklingen av Lov om psykisk helsevern, har denne blitt mer og mer spesifikk og presis i forhold til hvordan man skal gå frem for å behandle mennesker med alvorlig sinnslidelse. Det viktigste resultatet av dette, er økt hensyn til rettssikkerhetsproblematikken. Det gjør at man må fatte enkeltvedtak for hva som skal reguleres i forhold til både innleggelse, tilbakeholdelse, tvang med og uten døgnopphold, skjerming, tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk, urinprøvetaking osv. Alle disse inngrepene i den enkeltes individuelle rettigheter krever klar lovhjemmel, krever vedtak og med opplysning om klageadgangen. Dette heller i retning av behovet for å ha en særlov. En ulempe ved at den bringes inn i en felles tvangslov, er at man ikke så lett ser forskjell på hvilke typer problemer man faktisk ønsker å regulere. Om det dreier seg om tvungen somatisk behandling av folk uten samtykkeevne, pga f eks demens, rus, psykisk utviklingshemming eller annen somatisk svekkelse.

2. En annen måte å se spørsmålet om å fjerne Psykisk helsevernloven er at man ønsker en helt annen regulering av tvang i forbindelse med psykiske lidelser. Hvis man ønsker å gå tilbake til alminnelig nødrett eller øyeblikkelig hjelp betraktninger, og at det er dette som skal være hjemmelen for å tvangsbehandle, vil det være naturlig å oppheve en særlovgivning. Hvis man fjerner hele Psykisk helsevernloven, uten at noen av bestemmelsene overføres til annet lovverk, vil antakelig bestemmelsene som i dag gjelder tvang innenfor somatikken i Pasientrettighetsloven 4A, også gjelde innen psykiatrien. Det vanskelig anvendbare begrepet "manglende samtykkeevne" blir da grunnleggende.

Bestemmelsene i Pasientrettighetsloven 4A kan medføre at den psykisk syke mister noe beskyttelse, og at det blir lettere å gjennomføre tvang enn i dag. Det er færre formelle krav til de forskjellige vedtakene før tvang kan gjennomføres i Pasientrettighetsloven 4A enn i Psykisk helsevernloven.. Hovedkravet at vedkommende må være "alvorlig sinnslidende" bortfaller. Det samme gjelder at vedkommende må bli vurdert av to leger, hvorav én spesialist. I følge Pasientrettighetsloven 4A blir det en vurdering av vedkommendes "helsesituasjon" som vil være hovedspørsmålet om tvang skal brukes eller ikke. Hvordan man skal tolke "helsesituasjon" for en psykisk syk person er svært diffust. Pasientrettighetsloven 4A vil antakelig gjøre det lettere å gjennomføre tvang enn i dag.

I tillegg vil man bl.a. miste kontrollkomisjonene på sykehusene som skal overvåke at Psykisk helsevernloven følges. Klager på tvang i henhold til Pasientrettighetsloven skal skje til Statens helsetilsyn. Kontrollkomisjonene behandler i dag mange klagesaker i løpet av en måned på hvert sykehus. Kommisjonene har en fortløpende stor innsikt i både forståelse av lov og forskifter og den faktiske situasjonen i institusjonen og for den enkelte pasient. Statens helsetilsyn har ikke kapasitet eller tradisjon for å fungere på denne måten.

3. Det er mulig å bygge inn i Pasientrettighetsloven en eventuell mellomløsning hvor man ønsker å ha mindre hjemmel til å bruke tvang, f eks bare rett til å behandle folk med psykiske lidelser som også mangler samtykkekompetanse, eller retten til å bruke behandlingsvilkåret som egen hjemmel for å behandle. Navnet på Pasientrettighetsloven bør da endres til Pasientloven, slik at man ikke får problemer med forståelsen av rettighetsaspektet, og ikke passer på beskrivelse av tvangsbruk. Problemet ved å bringe disse lovene i en endret form inn i den generelle Pasientloven er at det kan bli vanskelig juridisk anvendbart, fordi begrepene blir mer omfattende og dermed mere skjønnspreget. Altså blir det vanskeligere å etterprøve og forstå begrunnelsen for vedtak om tvang og tvangsoppfølging både for de pårørende, for pasienten selv og for tilsynsmyndighetene som kontrollkomisjonen og Fylkesmannen ved det lokale helsetilsynet. Selv om loven forutsetter at kontrollkomisjonen kan prøve alle sider ved saken i det psykiske helsevernet, er det samtidig klart at jo større skjønnsområde som blir gitt den faglige ansvarlige, jo vanskeligere er det å foreta en reell overprøving og etterprøving av hva den faglige ansvarlige mener er det beste for pasienten.

Avslutning

Som vist ovenfor, er det mange forskjellige hensyn og vurderinger som ligger til grunn for hvordan man rettslig skal regulere det utfordrende og vanskelige ved å behandle alvorlige sinnslidende.

EKSEMPEL:

Hva ville du gjort?

Når Per ser seg i speilet, og det gjør han både ofte og gjerne, ser han noe annet enn folk flest. Han ser en overvektig gutt som er så stygg og tykk at han mener seg mangle livets rett. Iherdig jobber han med å få sitt speilbilde til å bli bedre, og han har sluttet å spise som ledd i dette prosjektet. Han veier nå 37 kg, og er 1.87cm høy. Hele denne terminen har han ikke vært på skolen, og han går til psykolog både individuelt og i gruppe. Mor vet at det nå er tolv dager siden han sist spiste mat og mener at han må sondemates. Hun slår alarm...

Hva bør gjøres og hvordan?



Utdrag fra
Psykisk helsevernlov
og
Pasientrettighetsloven

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).

Helt siden 1848 har Norge hatt en særlov for psykisk syke. Psykisk helsevernloven handler om behandling av psykisk syke hvor vedkommende fortrinnsvis skal være enig i eller gi samtykke til behandlingen. Men loven inneholder også bestemmelser om hvilke kriterier som må oppfylles før man kan bruke tvang. Hovedkriteriet er at vedkommende må ha en alvorlig sinnslidelse, hvis ikke dette er tilstede kan man ikke bruke tvang i henhold til psykisk helsevernloven. I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier, enten farekriteriet eller behandlingkriteriet, være tilstede. Det kreves spesifikke vedtak som kan påklages til kontrollkommisjonen på sykehuset både på innleggelsen og behandlingen.

Utdrag av loven:

§ 1-1. Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.

§ 1-2. Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4.

§ 2-1. Hovedregelen om samtykke

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.

§ 3-1. Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

§ 3-3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse (hovedkriteriet) og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingskriteriet), eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. (farekriteriet)
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

§ 3-5. Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

§ 3-6. Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varsling av helsetjenesten og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til tvungen undersøkelse eller tvungen observasjon eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal også gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting etter bestemmelsene i loven her. Offentlig myndighet kan om nødvendig anvende tvang.

§ 3-7. Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter § 3-5 uten at vilkårene i § 3-2 første ledd eller § 3-3 første ledd fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom vedkommende finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede.

Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt. Dersom klage fremsettes, kan kontrollkommisjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.

§ 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

§ 4-2. Vern om personlig integritet

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt.

§ 4-3. Skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer.

§ 4-4. Behandling uten eget samtykke

Pasient under tvungent psykisk helsevern kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.
- b. Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.

Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven).

Denne loven gjelder både for somatiske og psykiske pasienter, bortsett fra paragraf 4A. Denne paragraf ble innført 1.1.2009 og gjelder bruk av tvang innenfor somatikken. Det er Psykisk helsevernloven som regulerer spørsmålet om tvang innenfor psykiatrien.

Loven skiller mellom ”pårørende” og ”nærmest pårørende” i §1-3. Loven inneholder generelle rettigheter pasienten har.

Utdrag av loven:

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§ 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

§ 1-3. Definisjoner

I loven her menes med

- a) **pasient:** en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.
- b) **pasientens pårørende:** den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, 1 personer som lever i ekteskaplignende eller partnerskaplignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.
- c) **helsehjelp:** handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.
- d) **helsetjenesten:** primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.
- e) **helsepersonell:** personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.

§ 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

§ 4-2. Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og
- b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

§ 4A-1. Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

§ 4A-2. Virkeområde

Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen.

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern.

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

§ 4A-4. Gjennomføring av helsehjelpen

Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslingssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes.

Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger.

§ 4A-5. Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen.

Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal det treffes vedtak av helsepersonell som nevnt i første ledd, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. I vurderingen av hva som er et alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand. Dersom pasienten motsetter seg at helsehjelpen blir gjennomført ved innleggelse eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon, eller motsetter seg bruk av bevegelseshindrende tiltak, skal det alltid regnes som alvorlig inngrep.

Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette.

Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak etter § 4A-5 første og annet ledd treffes.

§ 4A-6. Underretning

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter § 4A-5. Etterfølgende underretning til pasienten er likevel tilstrekkelig dersom underretningen vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres.

Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og til å uttale seg i saken.

Kopi av underretningen skal sendes den som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen. Videre skal kopi av vedtak etter § 4A-5 sendes til helsetilsynet i fylket.

§ 4A-7. Klage

Vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 kan påklages til helsetilsynet i fylket av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Bestemmelsene i § 7-3 gjelder tilsvarende for klage etter paragrafen her.

Fristen for å klage til helsetilsynet i fylket er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket.

§ 4A-8. Overprøving og etterfølgende kontroll

Helsetilsynet i fylket kan av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter § 4A-5.

Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal helsetilsynet i fylket, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

§ 4A-10. Domstolsprøving

Vedtak i klagesak etter § 4A-7 som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder, kan av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 36. Tilsvarende gjelder for helsetilsynet i fylkets vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder, jf. § 4A-8.

§ 4A-11. Forskrift

Departementet kan gi nærmere regler om gjennomføringen av helsehjelpen etter dette kapitlet og om saksbehandlingen, herunder hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Klagemuligheter

Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen skal sikre at loven blir fulgt i møte med psykisk helsevern. Den jobber både oppsøkende blant pasienter, og fører kontroll med de tvangsvedtak som fattes. Her er det sentrale at mennesker blir ivaretatt på en god måte, og at formelle krav er oppfylt.

Kommisjonen ledes av en erfaren jurist, og består ellers av en lege og to andre medlemmer. Av de to sistnevnte faste medlemmer skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern, eller som er eller har vært nærstående til en pasient, eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv.

Ved klage fra pasienten, skal kommisjonen prøve vedtak som fattes under gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern, som:

- Skjerming § 4-3
- Innskrenkninger i retten til forbindelse med omverdenen § 4-5
- Undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon § 4-6
- Beslag § 4-7
- Urinprøve § 4-7a
- Bruk av tvangsmidler § 4-8
- Overføringer § 4-10

Her finner du kontrollkommisjonene: www.shdir.no/kontroll

Fri rettshjelp trer inn ved klage om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt saker om overføringer.

Fylkesmannen

Fylkesmannen behandler klager på vedtak om behandling uten eget samtykke § 4-4 i psykisk helsevernloven. Fylkesmannen vil ta personlig kontakt med pasienten og kan engasjere sakkyndig hjelp i forbindelse med klagebehandlingen.

Her finner du nærmeste Fylkesmann: www.fylkesmannen.no

Helsetilsynet

Når ingenting fører frem, og man først har klaget på helsehjelpen til den institusjonen saken gjelder eller kommunen som er ansvarlig, fører man saken sin frem for Helsetilsynet. De plikter da å svare på din klage, men dersom de unnlater å gjøre dette, er Helsetilsynet neste instans. Med helsehjelp menes utredning, behandling, rehabilitering og omsorg.

Med henvisning til Pasientrettighetsloven § 7, skal man klage skriftlig til Helsetilsynet i fylket. Det er viktig at den som er pasient, undertegner, og at fullmakt vedlegges dersom pasienten gir andre rett til å undertegne i sin sak. Det gis anledning til å be om kopi av alle brev som blir sendt og mottatt i saken, slik at den som klager holder seg oppdatert.

Her finner du Helsetilsynet i fylkene: www.helsetilsynet.no

Pasient- og brukerombudet

Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet har rett til å være anonym. Ombudets mandat er å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet. De skal også jobbe for å bedre kvaliteten på helsetjenestene.

Pasient- og brukerombudet kan også være tilgjengelig dersom du trenger råd og veiledning. Hjelpen er gratis.

Du finner informasjon om pasientombudet på www.pasientombudet.no

Sammendrag av de forskjellige menneskerettighetskonvensjonene

Etter avtale og tillatelse fra Helsedirektoratet gjengis følgende sammendrag som er sitert fra rapport IS –1370 side 29 til 34. Disse sidene er et sammendrag av en rapport fra professor Aslak Syse som finnes i sin helhet som vedlegg til nevnte rapport.

Menneskerettslige argumenter har stått sentralt i diskusjonen om behandlingvilkåret. Professor dr. juris Aslak Syse, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo fikk derfor i oppdrag av Helsedirektoratet å utrede de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Utredningen ble innlevert i januar 2009, og er i sin helhet inntatt som vedlegg 2 til rapporten.

Utredningen omfatter en vurdering av menneskerettslige aspekter ved tvangsinnleggelse i seg selv, men med en hovedvekt på de ulike grunnlagene for bruk av tvang (behandling og fare), og mulighetene for tvangsmedisinering, både i og utenfor institusjon. I tillegg omtales den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og hvilke forpliktelser som kan trekkes ut av denne.

I det følgende gjengis kun hovedpunkter knyttet til noen menneskerettighetsdokumenter, og oppsummerende vurderinger, fra utredningen. Dette utdraget vil ikke gi et fullt ut dekkende bilde av de drøftelser som ligger til grunn for vurderingene. Det henvises til utredningen i sin helhet for en fullstendig gjennomgang, og for aktuelle referanser.

Oversikt over ulike menneskerettigheter

Menneskerettigheter er folkerettsregler som bl.a. regulerer individers rettigheter og staters plikter, og er overordnede prinsipper og regler til nasjonal lovgivning. Menneskerettighetsdokumenter kan rettslig sett grovsorteres i to typer instrumenter.

For det første er det vedtatt konvensjoner som gjennom ratifikasjon er gjort folkerettslig bindende for Norge. Enkelte av disse er gjort direkte virkende i norsk rett med forrang foran annen norsk lov, se menneskerettsloven (lov nr. 30/1999) § 3, jf. § 2. Av disse er det Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), med tilhørende rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg (EMD), som i praksis har fått størst gjennomslagskraft. I utredningen omtales også FN-konvensjonen for sivile og politiske rettigheter (SP), Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen) herunder arbeid med en tilleggsprotokoll til konvensjonen, FN-konvensjonen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FN-konvensjonen om barns rettigheter, Den europeiske sosialpakt (ESP) og FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. EMK og Oviedo-konvensjonen omtales nedenfor i henholdsvis pkt. 6.3 og 6.4, og den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter omtales i pkt. 6.6.

For det andre finnes resolusjoner, anbefalinger og rekommandasjoner som er vedtatt av ulike internasjonale sammenslutninger, men som ikke er rettslig bindende på samme måte. Tidvis er slike instrumenter tillagt betydning ved utforming av de norske reglene om psykisk helsevern fordi de tilsikter styrking av rettsstillingen til personer med psykiske lidelser. I utredningen omtales Europarådets rekommandasjoner, FN's prinsipper for beskyttelse av sinnslidende pasienter og WHO's hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern. Vurderinger knyttet til Europarådets rekommandasjon nr. 10, 2004 omtales i pkt.6.5.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK)

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), som i hovedsak beskytter sivile og politiske rettigheter og grunnleggende friheter, står sentralt i det regionale vernet av menneskerettighetene. Konvensjonen inneholder blant annet bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettfærdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Alle ratifiserende stater har godkjent individuell klageadgang til Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD).

Art. 3 forbyr umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette er en terskelbestemmelse, dvs. at den ikke åpner for "rettmessige inngrep" om terskelen er overskredet. Overfor psykiatriske pasienter er EMD tilbakeholden med å konstatere umenneskelig eller nedverdiggende behandling når handlingen framstår som medisinsk eller psykiatrifaglig begrunnet.

Art. 5 fastslår at alle har rett til personlig sikkerhet og frihet, men åpner for at statene kan gi lovregler som hjemler frihetsberøvelse på visse vilkår. Slik frihetsberøvelse kan bare skje etter en lovlig beslutning av kompetent myndighet basert på den nasjonale lovgivning, og det kreves mulighet for rettidig overprøving. Bestemmelsen åpner bl.a. for frihetsberøvelse av sinnslidende ("persons of unsound mind"). EMD har avgjort mange saker om psykiatriske pasienters stilling i forhold til denne artikkelen. Det oppstilles etter EMDs praksis ingen nærmere krav til hvilke lovoppstilte tilleggsvilkår som kan godtas - være rettmessige - i forhold til art. 5 (1). Det er ikke mulig å utlede at EMK art. 5 (1) gir anvisning på oppstilling av bestemte typer tilleggs-kriterier så lenge disse er rimelige klare (legalitetsprinsippet), proporsjonale og ivaretar legitime formål. Begge de to norske tilleggsvilkårene har dette til felles, og de er i tillegg supplert med en rekke andre vilkår. Det synes klart at den norske lovgivningen ligger innenfor den skjønnsmargin som statene har til å fastsette regler i henhold til lovlig frihetsberøvelse av sinnslidende personer i medhold av art. 5 (1).

Art. 8 fastslår at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Kjernen i vernet av privatlivet er den fysiske integriteten, og dette gjelder for alle personer, også personer som er innlagt i psykiatrisk sykehus. Det oppstilles i andre ledd vilkår for når statene kan gjøre unntak fra dette hovedprinsippet og gjøre inngrep i borgernes privatliv og familieliv. Det oppstilles tre vilkår hvorav to regelmessig er oppfylt. Dette gjelder lovskravet, dvs. at inngrep bare kan skje når dette er "i samsvar med loven", dvs. nasjonal lov, og da for å "beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter". Disse vilkårene vil regelmessig være oppfylt ved bruk av tvangsmidler etter phvl. § 4-8 og også ved tvangsbehandling med hjemmel i phvl. § 4-4. EMDs praksis knyttet til bestemmelsen er omtalt i utredningen s. 20 flg.

Oppsummeringsmessig om EMK som skranke ved tvangspsykiatriske inngrep, vurderer Syse det slik at statene, foreløpig, har en ganske fri skjønnsmargin på psykiatrifeltet. EMD fremstår mer klar til å etterprøve prosessuelle forhold i disse sakene, enn å foreta en reell etterprøving av brudd på materielle skranke for statlige inngrep, herunder tilbakeholdenhet ved prøving av det medisinskfaglige skjønn.

Det vurderes at den norske lovgivningen vedrørende tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering synes å være innenfor kravene etter EMK. Det er derfor liten grunn til å tro at EMD vil konstantere brudd mot de aktuelle artiklene i EMK dersom vilkårene for tvangsinngrepene er oppfylt og det kan dokumenteres at det er utvist et forsvarlig faglig skjønn.

I to av fire saker som er ført for Høyesterett etter psykisk helsevernloven etter at loven trådte i kraft i 2001, ble det påstått brudd på bestemmelser i EMK ved etableringen av tvangsvernet, og retten kom til at så var tilfellet. Men ikke i noen av sakene ble pasienten gitt medhold i sitt krav om utskrivning.

Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen)

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (1997) samler de fleste grunnleggende prinsipper om pasientbehandling og om forskning på mennesker. Konvensjonen trådte i kraft i 1999, og Norge ratifiserte konvensjonen i 2006.

Som et hovedprinsipp fastslås i art. 2 blant annet at hensynet til pasientene skal gå foran hensynet til rene samfunns- og forskningsinteresser. I art. 5 oppstilles et generelt krav om informert samtykke i samband med medisinsk behandling og forskning. I denne sammenheng er særlig formuleringene i art. 6 og 7 av interesse, idet disse omhandler en særlig beskyttelse av personer som mangler personlige forutsetninger for å forplikte seg gjennom samtykke, for eksempel på grunn av manglende evne til forståelse ("reduced capacity of understanding").

Art. 7 i konvensjonen beskytter sinnslidende personer, dvs. "persons who have a mental disorder". Behandling uten eget samtykke kan bare skje overfor en person med alvorlig sinnslidelse, og da på nærmere angitte vilkår. Behandling uten eget samtykke kan bare gis dersom unnlattelse av å gjennomføre behandlingen av sinnslidelsen vil kunne føre til alvorlig helseskade, i originalteksten: "only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health". Det kreves lovhjemmel for slike inngrep, og den nasjonale lovgivningen skal også sikre at det foreligger kontrollorganer og muligheter for å påklage tvangsvedtak.

Art. 7 stiller videre krav om at det må tilbys behandling av den psykisk syke; det åpnes ikke for frihetsberøvelse som bare har karakter av oppbevaring. Dette var bakgrunnen for at det selvstendige vilkåret om at en pasient kunne tilbakeholdes dersom han ellers ville lide overlast (ved utskrivning), ble opphevd i den nye norske psykisk helsevernloven av 1999. Dette kunne åpne for opphold uten behandlingmessige konsekvenser. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) vurderes behandlingstvilkåret (psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a) å være i samsvar med de krav som stilles i konvensjonen på dette punkt. Enten vedkommende mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller opplever at tilstanden blir vesentlig forverret, vil det kunne anses som en alvorlig skade på hans eller hennes helse.

Syse mener på denne bakgrunn at det ikke er mulig å trekke slutninger om at gjeldende norsk lovgivning vedrørende frihetsberøvelse og tvangsmedisinering er i strid med rettigheter og friheter som er nedfelt i Oviedo-konvensjonen. Dette ble også lagt til grunn da denne ble ratifisert. Det ble da ikke funnet å måtte foretas lovendringer i psykisk helsevernloven, mens det for eksempel ble vedtatt endringer i abortloven og steriliseringsloven.

Etter art. 9 skal det for øvrig tas tilstrekkelig hensyn til ("should be taken into account") når en pasient i en god fase, dvs. med samtykkekompetanse, har gitt uttrykk for hvordan han eller hun

mener at sykdommen bør behandles dersom sykdommen på nytt forverrer seg. Det ble framsatt forslag i tråd med slike synspunkter da psykisk helsevernloven ble behandlet av Stortinget, men forslag om å legge vekt på "advanced directives" ble nedstemt vedrørende spørsmålet om tvangsmedisineringstiltak.

Europarådets arbeid for en egen protokoll til Oviedo-konvensjonen om bruk av tvang i psykiatrien

Det fremgår av utredningen at det i Europarådets Steering Committee on Bioethics (CDBI) på det 35. komitémøtet i Strasbourg, 2.-5. desember 2008, ble behandlet et utkast til nytt folkerettslig instrument, med foreløpig tittel *Fundamental principles governing involuntary placement and treatment of persons with mental disorder which could be included in an additional Protocol to the Oviedo Convention*. Hensikten med dette dokumentet er å utvikle og klargjøre inngrepskriteriene som framgår av EMK art. 5 (1) bokstav e), samt Oviedokonvensjonen art. 7.

De ulike prinsippene er delt inn i fem ulike grupper. Den første gruppen gjelder generelle og overordnede prinsipper som skal styre tvangsvern og tvangsbehandling av personer med en alvorlig sinnslidelse. Den andre gruppen utgjøres av prinsipper som skal styre prosessen som kan føre til tvangsvern og tvangsbehandling overfor psykiatriske pasienter. Den tredje gruppen skal sikre rettigheter for pasienter som underlegges tvangsvern og tvangsbehandling. Prinsippene i gruppe fire regulerer bruk av ulike tvangsmidler og begrensning av behandlingstiltak med "irreversible fysiske effekter" for pasienten. Medikamentell behandling synes ikke å være omfattet av dette uttrykket, og det er derfor ikke noe forbud mot bruk av medikamenter så lenge det er en behandling som er basert på faglige og etiske overveielser, og enten tas frivillig av pasienten, eller er bestemt av kompetent organ. Den femte gruppen av prinsipper gjelder for øyeblikkelig hjelp situasjoner.

Det er foreløpig ukjent hvorvidt Steering Committee on Bioethics (CDBI) vil gå videre i Europaråds-sammenheng med å få utarbeidet og vedtatt en protokoll til Oviedo-konvensjonen i tråd med forslaget. Forslaget er på mange måter bygget over samme lest som Rekommandasjon (2004) 10, og som Norge mener er oppfylt for vår lovs vedkommende. Det vil derfor neppe være avgjørende for norsk lovgivning på området om en slik protokoll blir vedtatt eller ikke, men det synes klart at dette kan være med på skjerpe prøvingen i EMD av tvangstiltak overfor psykiatriske pasienter.

Syse uttrykker sterk tvil om det vil kunne utledes at et begrenset behandlingstvilkår av den typen som er lovfestet i norsk rett, ikke vil kunne stå seg selv ved etter vedtak av en slik tilleggsprotokoll i tråd med det fremlagte forslaget

En aktuell rekommandasjon når det gjelder behandlingstvilkåret er Europarådets rekommandasjoner om bruk av tvang i psykisk helsevern nr. 10, 2004. Det er et spørsmål om det kan utledes noe om sidevilkår som kan tilsi at det må foretas lovendringer for å oppfylle rekommandasjonens retningslinjer. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) punkt 3.2.4 framgår at det etter departementets vurdering ikke er grunn til å endre behandlingstvilkåret i dagens lovgivning. Det ligger, etter departementets oppfatning, fortsatt et behandlingstvilkår i rekommandasjonen selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium. Departementets konklusjon er at rekommandasjonen ikke er til hinder for å videreføre de materielle kriteriene i gjeldende rett.

Syse slutter seg til denne vurderingen, og det kan her vises til andre europeiske nasjoners lovgivning på dette rettsfeltet. Et annet forhold er at Norge står fritt til å oppheve det ene eller annet av dagens tilleggsvilkår. Kriteriene for tvangsbehandling etter phvl. § 4-4 synes også å være i tråd med rekommandasjonens krav, se art. 19.

Europarådets rekommandasjon nr. 10, 2004

Norge har deltatt i ulike internasjonale fora som har vedtatt rekommandasjoner om hvordan ulike pasientgruppers stilling bør være i den enkelte stat. Slike "soft law" instrumenter vedrørende pasienter med psykisk sykdom eller nedsatt rettslig handleevne er ikke bindende, verken folkerettslig eller innad i norsk rett. Likevel er det i norsk lovgivning lagt vekt på slike instrumenter, og det er lagt vesentlig vekt på enkelte instrumenter i lovgivningssammenheng.

FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter

I 2001 initierte FN arbeidet med en bindende og helhetlig konvensjon for å fremme rettigheter og verdighet til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette arbeidet gikk overraskende hurtig, og en konvensjon ble enstemmig vedtatt av FNs generalforsamling i desember 2006 og trådte i kraft 3. mai 2008. Offisiell tittel er *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, vanlig forkortelse er CRPD.

Denne konvensjonen kan ha betydning for spørsmål om bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser. Det er reist spørsmål om reguleringen i psykisk helsevernloven vil komme i strid med konvensjonen. Siden konvensjonen (ennå) ikke er ratifisert av Norge, er Norge ikke folkerettslig bundet av konvensjonens bestemmelser.

Aslak Syse slår fast at behandlingen av personer med psykiske lidelser reguleres av konvensjonen, dersom den har en *alvorlig og varig* karakter. FNs spesialrapportør på tortur (Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment) anser i sin 10. rapport at konvensjonen er svært relevant for å kunne beskytte blant annet psykiatriske pasienter mot en behandling som framstår som tortur eller som grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Videre understrekes at funksjonshemmede har et klart krav på respekt for selvbestemmelsen, rettslig handleevne og at medisinsk behandling må baseres på samtykke, og at konvensjonen ikke aksepterer "involuntary treatment and involuntary confinement". Det vises til utredningen s. 48 flg vedrørende rapportørens uttalelser. FNs høykommissær for Human Rights omtaler også tilbakehold av pasienter som et mulig menneskerettsbrudd, se utredningen s. 51.

Syse uttrykker at det trygt kan fastslås at det har oppstått spørsmål om konvensjonen stiller krav til statenes psykiatrilovgivning som går lenger enn tidligere konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter. Men det er fullt mulig at FNs høykommissærs uttalelse trekkes for langt idet konvensjonen er begrenset til "deprivation of liberty based on the existence of a disability", altså at det er selve funksjonsnedsettelsen som fører til tvangsinnleggelse. Uttalelsen synes å kunne tolkes at da hjelper det ikke med supplerende grunner når disse bare brukes til å begrunne ("used to justify") frihetsberøvelsen.

Konvensjonen monitoreres ikke av spesialrapportøren, men av en egen komité som nylig er valgt blant de ratifiserende statene. Komiteen består, som enkelte andre komiteer i FNsystemet, av 12 eksperter. Det er ikke slik at utsagnene til spesialrapportøren er en bindende forståelse av konvensjonens

bestemmelser, men de er et klart tegn på at man kan stå overfor et paradigmeskifte vedrørende muligheten for å ha regler om tvangspsykiatri av den typen vi har. Det gir derfor grunnlag for en nærmere vurdering av hvilke forpliktelser vi påtar oss ved å ratifisere konvensjonen, og en samtidig vurdering av hva slags tvangslovgivning som vi bør ha på dette området. Syse vurderer det slik at dersom denne konvensjonen ratifiseres av Norge, vil den bli et bindende menneskerettighetsinstrument som (også) kan påberopes av personer med psykiske lidelser. Det må være klart at personer med alvorlige psykiske lidelser av noen varighet vil være beskyttet av konvensjonen og kan utlede rettigheter av denne.

Bare i begrenset utstrekning ble de særlige tvangsspørsmålene overfor psykiatriske pasienter berørt i de ferdigforhandlede utkastene til konvensjonstekst. Men det var tydelig at enkelte aktivister på dette feltet, for fullt mente at det kunne være lettere å "vinne kampen mot tvangspsykiatrien" gjennom et FN-instrument enn ved kamp mot egen lovgiver på hjemmebane. Syse opplyser at den norske delegasjonen var oppmerksom på disse forholdene. Syse anser det fullt ut mulig å hevde at det er tilleggskriteriene som reelt sett begrunner innleggelsen, og ikke bare rettferdiggjør denne. Det er utvilsomt ikke tilstedeværelsen av det såkalte hovedvilkåret, "alvorlig sinnslidelse", som åpner for mulighet til lovlig frihetsberøvelse etter norsk rett.

Sverige har ratifisert konvensjonen uten å ha vurdert endring av psykisk helsevernloven, eller at det skulle kunne foreligge motstrid mellom tvangspsykiatrisk regulering og konvensjonens krav. Dette går tydelig fram av den svenske regjeringens proposisjon om ratifisering. Det er også slik at eventuelle rettslige bindingene etter konvensjonen skal forstås ut fra Wienkonvensjonen om traktatrett av 1969. Etter art. 31 nr. 1 skal traktater tolkes "in good faith in accordance with the ordinary meaning to be given to the terms of the treaty in their context and in the light of its object and purpose".

Syse lar det grunnleggende spørsmålet av om det kan trekkes den type forståelse ut fra konvensjonen som FNs spesialrapportør hevder, stå åpent. Men han peker på at Rapportørens vurderinger synes å stå i motstrid med synspunktene til mange ratifiserende stater, herunder Sverige, med en alminnelig forståelse av traktatteksten, og med det pågående arbeidet i Europarådet med å sikre psykiatriske pasienters rettsstilling gjennom arbeidet med en konkret tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen.

Oppsummerende om norsk rett og psykiatriske pasienters vern etter Menneskerettighetene

I utgangspunktet har lovgivningen om psykisk helsevern her i landet blitt oppfattet å være i overensstemmelse med våre forpliktelser nedfelt i bindende menneskerettsinstrumenter. Dette har vært et vesentlig tema i samband med lovgivningsreformene de siste tiårene der våre forpliktelser, og da særlig etter EMK, er drøftet i detalj. Som beskrevet er det foretatt enkelte 35 innskjerpelser i inngrepskriteriene for administrativ frihetsberøvelse for å sikre at det ikke skal foreligge strid med ulike konvensjonsbestemmelser eller rekommandasjoner.

Bestemmelser i EMK har i flere saker vedrørende forhold i psykisk helsevern vært vektlagt av Høyesterett ved tolkning av bestemmelser i den tidligere psykisk helsevernloven fra 1961, se for eksempel Rt. 1984 s. 1175 og Rt. 1988 s. 634.

Det har de siste årene, i motsetning til tidligere, vært lagt større vekt på å tallfeste – og vurdere – den faktiske forekomsten av tvang. Dette er et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere den tvangen som framstår som unødvendig. Ulike tiltak for å redusere tvangsbruk har i større grad blitt begrunnet ut fra humanitære hensyn – unødig og derved uønsket og uberettiget tvang bør begrenses til det minimale – enn ut fra en oppfatning om at slik tvang kan komme i strid med våre menneskerettslige forpliktelser. For eksempel ble ikke ordet ”menneskerettigheter”, eller synonymer for dette, benyttet i rapporten fra Helsetilsynet (2006) om bruk av tvang i psykiatrien.

Den økte oppmerksomheten som er blitt rettet mot menneskerettslige aspekter ved tvangpsykiatri, har foreløpig ikke bidratt til å gi pasienter på dette feltet et særlig godt vern. EMD har knapt konstatert brudd mot EMK art. 3 i pasientbehandling, og har gitt den enkelte stat en vid skjønnsmargin ved konkret prøving av anførte brudd mot EMK art. 8. Også ved anførte brudd mot art. 5 synes EMD å legge vesentlig vekt på hva som synes psykiatrifaglig velbegrunnet i den enkelte stat. Det kreves imidlertid at det kan framlegges dokumentasjon for at det foreligger slike begrunnelser, for at frihetsberøvelsen lovlig skal kunne opprettholdes. Det prosessuelle legalitetskravet tas alvorlig. En fullstendig umyndiggjøring av pasienter fører likeledes til konvensjonsbrudd. Men den store mengden soft law-instrumenter som skal sikre psykiatriske pasienters integritet og autonomi, er bare i begrenset grad brukt ved konvensjonshåndhevingen for å bidra til et effektivt menneskerettsvern. Det psykiatrifaglige skjønnet blir bare i begrenset grad utsatt for etterprøving. Konvensjonstekstene oppstiller ikke krav som fører til at den norske reguleringsmåten – på de områder som skulle utredes – er konvensjonsstridig.

Verken behandlings- eller favevilkåret bryter mot konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter, og det er også åpnet for at pasienter kan tvangsbehandles om det bare i loven er oppstilt avgrensede vilkår med effektiv overprøvingsrett. Det kreves i det enkelte tilfelle at behandlingen framstår som nødvendig, egnet og proporsjonal. Så gjenstår avslutningsvis det siste spørsmålet om tvangsinngrep overfor personer med en alvorlig sinnslidelse kommer i et nytt lys, dvs. om det skal stilles nye folkerettslige og menneskerettslige krav til statene i tråd med FNs spesialrapportørs forståelse av FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter. Gode grunner taler for at det sistnevnte forholdet bør avklares i forbindelse med arbeidet med ratifisering av konvensjonen.

Hvor går grensen for bruk av tvang i psykiatrien?

Tvang i psykiatrien er komplekst. Dette heftet gir ikke svar, men reiser en rekke spørsmål som kan danne grunnlag for egne refleksjoner. Heftet kan være nyttig som oppslagshefte for dem som er interessert i temaet.

Går det en grense for den psykisk sykes selvråderett når vedkommende ikke forstår konsekvensene av egne valg og handlinger?

Hvor går grensen mellom individets selvråderett og samfunnets behov for trygghet og beskyttelse?

Hvordan møter samfunnet personer som åpenbart har behov for behandling, men ikke vil motta noen form for hjelp, informasjon eller råd?

Hvordan kan lovverket utformes, slik at det tar hensyn til både de psykisk sykes menneskerettigheter og samfunnets behov for beskyttelse og trygghet?

Hvilke holdninger, verdier og organisasjonskultur i forhold til tvang finnes på de forskjellige psykiatriske institusjonene?

Hva har man gjort for å lære de ansatte å takle kritiske situasjoner uten å bruke tvang?



Verdighet - Omsorg - Løsninger



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse