

Mye makt, liten ære

Siden opptrappingsplanens start i 1997 har det vært skrevet planer, igangsatt arbeidsgrupper og forskningsprosjekter med tvangsreduksjon som mål. Allikevel har ikke tvangsbruken gått ned.

TEKST

Mette Ellingsdalen

PUBLISERT 5. mars 2012



LANGT FRA NOK: De forslagene Kari Paulsrud (til høyre) og Paulsrudutvalgets flertall har lagt frem for helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap), er kun en flikking på eksisterende lovverk, skriver WSO-leder Mette Ellingsdalen.

Foto: Magnus Ridola

DEBATT: TVANG

Tidsskriftet har i de siste utgavene hatt en rekke artikler og debattinnlegg om tvang i psykisk helsevern. En dyptgripende lovendring er helt nødvendig for å legge grunnlaget for et mer humant psykisk helsetilbud, mener WSO.

Det har lenge vært et uttalt politisk mål å få ned tvangsbruken i psykisk helsevern, med støtte både i regjering og Storting.

Når de uttalte, ønskede resultatene ikke oppnås, burde det være en selvfølge å se på hva som er egnede og eventuelt uegnede virkemidler og strategier. Allikevel ser vi at denne diskusjonen i liten grad tas når myndigheter og helseforetak setter inn tiltak for å redusere tvangsbruk. Hvorfor denne uviljen mot å vurdere virkningen av innsats og ressursbruk?

«For de som blir utsatt for overgrepene, er det viktigste at de stoppes nå, ikke en lunken beklagelse om 40 år»

Det er også minst like viktig å vurdere hva som fortsatt ikke er prøvd, og spørre seg hvorfor det ikke er det.

I 2009 ble det nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Jan Fridtjof Bernt, som skulle vurdere både psykisk helsevernloven og en ny tiltaksplan for tvangsreduksjon. Resultatet var at det ble nedsatt et lovutvalg til å vurdere lovgivningen. Arbeidet med en ny nasjonal strategi for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang ble satt i gang. Paulsrudutvalget leverte sin NOU i juni 2011. Den nasjonale strategien er i skrivende stund ikke ferdig behandlet i Helsedepartementet, hvor den har ligget i over åtte måneder, og referanser til denne planen må leses med det forbehold at det er utkastet fra Helsedirektoratet, og de signalene vi så langt har fått fra departementet, det henvises til.

Her er noen punkter WSO mener er helt sentrale for å få til endring.

Lovgivning

WSO mener det ikke er mulig å få til reell endring uten å gjennomføre grunnleggende endringer i lovgivningen. Lov om psykisk helsevern er en grunnleggende diskriminerende lov, med svært vide og skjønnsmessige lovhjemler for frihetsberøvelse og andre tvangsinngrep. Diskrimineringen som ligger i loven, legger premisser for hvordan mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse blir forstått og behandlet i helsevesenet og i samfunnet for øvrig. Konsekvensene av loven er at alvorlige inngrep i personlig frihet, og psykisk og fysisk integritet, skjer i stor utstrekning og under svært dårlige rettssikkerhetsgarantier. Det rapporteres om alvorlige krenkelser og overgrep, og særlovgivningen er ikke bare ute av stand til å forhindre at overgrep skjer, men den bidrar også til å legitimere og opprettholde situasjonen.

De forslagene Paulsrudutvalgets flertall har lagt frem, er kun en flikking på eksisterende lovverk. Her er ingen grunnleggende endringer som går på maktfordeling eller diskriminering. NOU 2011:9 inneholder mange ord og lite endring, og lovforslaget er derfor ikke egnet til å forandre et fagfelt som har vist seg tilnærmet endringsresistent. En reell endring, som faktisk flytter makt fra psykiatrien til individet, ligger i forslaget fra den eneste dissenterende stemmen i Paulsrudutvalget. Hvis et nytt lovverk bygger på Hege Orefellens dissens «Selvbestemmelse og frihet □ på lik linje med andre», kan vi

få en lovendring som faktisk endrer dette feltet og på en kraftfull måte utfordrer den psykiatrifaglige makt.

Det hevdes fra mange hold at lovendring ikke vil være nok for å få ned tvangsbruken. Det er WSO enig i, men en dyptgripende lovendring er helt nødvendig for å legge grunnlaget for et mer humant psykisk helsetilbud.

Alternativer

Et tydelig krav fra brukersiden har i lang tid vært medikamentfrie behandlingsalternativer. Dagens psykiske helsevern er i stor grad fundert på en biologisk/medisinsk modell som svært mange brukere/pasienter ikke kjenner seg bekvemme med. Den fører til et behandlingsregime mange opplever som mer skadelig enn til hjelp. Den utstrakte bruken av medikamenter i behandlingen er en kjerne til store konflikter og mistillit som fører til mer bruk av tvang og tvangsmedisinering.

Vår påstand er enkel: Gi mennesker tilgang til en behandling de selv tror på og ønsker, så vil mange som i dag motsetter seg behandling, stille seg annerledes. Mange er helt tydelige på at de trenger en form for hjelp og støtte, men også tydelige på at det de får, ikke er til hjelp for dem, men heller til skade.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) påla helseforetakene i oppdragsbrevet som ble sendt ut våren 2010, å «gjennomføre strategiske utprøvinger av brukerstyrte plasser og medikamentfrie tilbud». Da planene fra helseforetakene for tvangsreduisering omsider kom, har ingen av de fire regionale helseforetakene nevnt oppbygging av medisinfrie tilbud. Dette kommer ikke som en stor overraskelse; fagmiljøer er sjelden villige til å gjennomføre ideer som ikke kommer fra dem selv. I tillegg vet man ikke ute i foretakene hvordan dette kan gjennomføres. Det er meg bekjent foreløpig ingen planer fra HOD om å følge opp hvordan helseforetakene ivaretar dette.

Fem sentrale brukerorganisasjoner har nylig gått sammen om en aksjon, foreløpig rettet til helseministeren, for å få medikamentfrie døgntilbud tilgjengelig i alle helseforetakene. I mange år har dette vært et av de tydeligste kravene fra brukere. Det er derfor påfallende at det i forslaget som ligger til nasjonal strategi, ikke er tatt med noe om medikamentfrie tilbud.

Ingen straff

Hvis behandlere eller helseforetak foretar ulovlig eller uberettiget bruk av tvang, skjer det i dag uten risiko for straff eller alvorlige konsekvenser. Norge ble i oktober 2011 spurt av FNs menneskerettskomité «om det har vært saker med mishandling eller uberettiget frihetsberøvelse i psykiatrien, og hvis så er tilfellet, om det har blitt gjort konkrete tiltak hva gjelder straffeforfølgelse, og for å sikre effektiv granskning, spesielt med hensyn til de anklagede overgriperne». Norske myndigheter kunne ikke gi noe tilfredsstillende svar på dette spørsmålet.

Vår erfaring er at uberettiget bruk av tvang og overgrep og mishandling i det psykiske helsevesenet kan skje med stor grad av straffefrihet i Norge. Sakene blir ikke

etterforsket eller gransket på noen tilfredsstillende måte, og de klage- og tilsynsorganene som finnes, har i liten grad vilje, evne eller mulighet for sanksjoner som betyr noe. Helseforetakene straffes heller ikke økonomisk hvis de bryter loven eller påfører pasienten skade. Det er ingen forholdsmessighet mellom de alvorlige konsekvensene de som blir utsatt for uberettiget tvang og overgrep, lider under, og den totale mangelen på konsekvenser for utøveren.

Dokumentasjon

Et av forslagene fra Berntutvalget i 2009 var å opprette et dokumentasjonssenter for overgrep og krenkelser i psykisk helsevern, med kompetanse på menneskerettigheter. Dette forslaget er foreløpig lagt på is i Helsedepartementet. Det er kanskje ikke overraskende at myndighetene er lite interessert i å dokumentere overgrep i sitt eget land. Med alle de historiene som tidligere og nåværende pasienter har fortalt og med anklager om alvorlige overgrep i dagens psykiske helsevern, sett i lys av psykiatriens historie, hvor grufulle overgrep er dokumentert i ettertid, er tiden overmoden for et slikt senter. Så lenge denne kunnskapen bare finnes som enkelthistorier og anekdotisk kunnskap, er det fullt mulig for myndigheter og behandlingsapparat å ignorere det, slik det skjer i dag.

Det er for enkelt i ettertid å beklage at man «ikke visste bedre på det tidspunktet» da overgrepene skjedde. For de som blir utsatt for overgrepene, er det viktigste at de stoppes nå, ikke en lunken beklagelse om 40 år. Til dette trenger vi dokumentasjon, men det vil myndighetene ikke gi oss mulighet til å skaffe.

Hvem lytter man til?

Man vil altså ikke endre loven, ikke straffe brudd på lovgivningen, ikke dokumentere det som skjer, og ikke gi oss gode alternativer.

Brukerorganisasjonene har siden midten av 90-tallet fått større muligheter til å delta i råd og utvalg. Slik er også vår stemme blitt hørt i et felt dominert av sterk faglig profesjonsmakt. Vi har derimot liten mulighet til å sikre at våre forslag faktisk følges, når det kommer til ressursfordeling og prioriteringer. I helseforetakene og utdanningsinstitusjonene er fagprofesjonene så å si enerådende. Vi er avhengige av at helsemyndighetene er seg sitt ansvar bevisst, og sørger for at brukervedvirkning følges opp også når det kommer til konkrete tiltak. Det interessante spørsmålet blir da i hvilken grad våre forslag faktisk blir fulgt opp og gjennomført i praksis, og så langt kan vi ikke se at det skjer.

Når innsatsen og ressursene som er lagt ned for reduksjon av tvang, ikke fører frem, er det grunn til å spørre hvilke råd har man har ignorert og ikke prøvd ut. Hvis det er reelle endringer man ønsker, er det uklokt å fortsette med å følge råd og strategier som har vist seg å ikke føre frem. Dette spørsmålet berører sentrale spørsmål om maktfordelingen i det psykiske helsevernet, og her er det sterke profesjonsinteresser involvert. Det er kanskje også en grunn til at spørsmålet ikke kommer høyt på dagsordenen, hverken hos myndigheter eller blant fagfolk.

Veien videre

Internasjonalt har det gjennom FN-systemet skjedd store endringer de siste årene. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) trådte i kraft i 2008. Den blir betegnet som begynnelsen på et paradigmeskifte. Konvensjonen forlater den medisinske modellen / veldedighetsmodellen til fordel for en sosial modell / menneskerettighetsmodell som bygger på selvbestemmelse, autonomi og ikke-diskriminering. Det er et klart brudd med den paternalistiske tankegangen som har preget synet på og behandlingen av funksjonshemmede verden over, og som også det psykiske helsevernet bygger på. Konvensjonen er ratifisert av 109 land, Norge er ett av ti land i Europa som fortsatt ikke har ratifisert.

Den grunnleggende endringen i menneskesyn og perspektiv som CRPD representerer, er en fantastisk mulighet til faktisk å få til de endringene som kan føre til et psykisk helsetilbud som er humant og med respekt for menneskets iboende verdighet. Det er derfor trist å se at hverken myndigheter, lovutvalg, profesjonsorganisasjoner eller fagfelt ser ut til å ha fått med seg at kursen er endret. Disse er mer opptatt av hvordan man kan forsvare og bevare det bestående. Endring vil komme, også til Norge. Men det ser ikke ut til at det vil gå fort og med godt samarbeid. De som har makt til å gjøre endringer på dette feltet, levner jeg liten ære.

mette.elling@gmail.com

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 3, 2012, side

TEKST

Mette Ellingsdalen, Leder i We Shall Overcome (WSO)