

Karlsson, B. E. (2025). Menneskerettigheter, psykisk helse og sosialt psykisk helsearbeid. I B. Olsvik, R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Ghaye (Red.), *Nye perspektiver på menneskerettigheter, sosial ulikhet og sosial rettferdighet* (s. 23–42). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa520101>

1

Menneskerettigheter, psykisk helse og sosialt psykisk helsearbeid

Bengt Erik Karlsson¹

¹ Institutt for barnevern og sosialt arbeid, UiT Norges arktiske universitet

Innledning

For meg er det å posisjonere meg innen et fagfelt å finne et ståsted. Begrepet «ståsted» henter jeg fra Harlene Anderson (2008). Hun bruker begrepet «a philosophical stance» og viser til at det å ha et filosofisk ståsted er inspirert av begrepet om forforståelse. Et filosofisk ståsted innebærer en måte å være til i verden på. Denne holdningen inviterer og oppmuntrer den andre til å delta på en likeverdig basis. Holdningen viser seg gjennom å tenke, snakke, handle og respondere *sammen med* den eller de andre. Den viser seg i måter å forstå og tenke på, måter å handle på og være i relasjon til andre mennesker i sosiale sammenhenger. En filosofisk holdning er noe vi forsøker å leve ut og etter. Den erfares i alle menneskelige møter – særlig i møter hvor vår toleranse for andres forskjellighet blir satt i og på spill.

Jeg beskriver mine ståsteder gjennom å legge til grunn menneskerettighetenes betydning, både overordnet og konkret, innen sosialt psykisk helsearbeid. Fattigdom, sosial ulikhet, marginalisering og sosial eksklusjon knyttes til FNs bærekraftsmål. Dette har betydning for menneskers psykiske helse og for sosialt psykisk helsearbeid. Økologi, klimaendringer og omgivelser innvirker også på menneskers psykiske helse. Ståstedene angir en retning sammen med politiske, filosofiske og faglige tradisjoner innen sosialt psykisk helsearbeid. De samme ståstedene inviterer til nye veier innen sosialt psykisk helsearbeid, både som forståelser og praksiser. Mitt valg av temaer videre i kapitlet er basert på de nevnte ståsteder.

Sosialt psykisk helsearbeid

Ensomhet, marginal økonomi, sosial eksklusjon og stigma gir store sosiale og helsemessige utfordringer som kan utvikle eller forverre psykiske helsevaner (Bjørlykhaug, 2021). Forskning knyttet til fattigdom og levekår i Norge peker på en utvikling der stadig flere unge voksne sliter med problemer knyttet til å komme inn i arbeidslivet, marginal økonomi samt å føle seg som en del av samfunnet. Som et resultat øker psykisk uhelse for denne gruppen i Norge (Halvorsen & Stjernø, 2021). Fattigdom, et sted å bo og muligheten til

å kunne arbeide er avgjørende for psykisk helse. WHO (2021) viser hvordan fattigdom i familier gir psykiske helseproblemer.

Samfunnsmessige og sosiale forståelsesmodeller bidrar til å utvide perspektivene på psykisk helse så vel som hjelpetiltakenes innretning. Et slikt område er knyttet til hvorfor visse typer atferd defineres som psykiske problemer. WHO (2021) viser til store kulturelle forskjeller innen og mellom ulike land i hva som kvalifiserer til en psykiatrisk diagnose. Toleranse og raushet varierer i ulike lokalsamfunn. Et annet område er konsekvensene av psykiske vansker. Hva gjør en mulig diagnose, erfaring og sosial rolle med personens liv, utvikling, muligheter og levekår? Forhold knyttet til stigma, marginalisering og det å bli fratatt verdsette sosiale rollemuligheter, er vesentlige. Et tredje område viser til sosial-epidemiologiske studier av psykiske vansker knyttet til kjønn, etnisitet, sosial klasse og fordeling i ulike sosioøkonomiske grupper. Et fjerde område er årsaksforklaringer som setter søkelys på hvordan sosiale miljøer og betingelser kan forme og prege personers psykiske helse. Bjørlykhaug (2021) understreker at ulike samfunnsforhold bidrar til å holde personer fast i håpløse situasjoner og hindre dem i å komme seg videre. Dette kan handle om forhold som overordnede samfunnsstrukturer, klasseforskjeller og økonomisk ulikhet. Det kan også være personers sosiale situasjon, som utdanning, arbeidstilknytning, yrkesgruppe, sivil situasjon og inntekt.

FNs spesialrapportør (UN, 2020) skriver at det psykiatriske kunnskapsynet neglisjerer hvordan sosiale forskjeller skaper ulikheter i psykisk helse. Videre understrekes det at opplevelsen av sosial ulikhet i seg selv skaper psykisk uhelse. Psykiske helseproblemer kan føre til sosialt utenforskap og fattigdom for enkeltpersoner og familier. Dette gjelder ikke bare for den gruppen som også erfarer de største sosiale vanskene. Alle samfunnsgrupper kan få det psykisk sett vanskeligere av sosial ulikhet (Halvorsen & Stjernø, 2019). Sosiale forskjeller som fenomen og konkrete erfaringer øker opplevelser av utenforskap, segregering, arbeidsløshet, manglende utdanning og kortere levetid gjennom dårligere somatisk og psykisk helse, samt ensomhet.

Personer som erfarer psykiske helsevansker opplever en rekke barrierer i forhold til velferdsstatens intensjoner om full sosial og økonomisk deltakelse. Dette handler om stigma, diskriminering og fordommer som utgjør et betydelig demokratisk problem. Mange mennesker som erfarer psykiske helsevansker opplever brudd på menneskerettighetene knyttet til personlig frihet og retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem. Alle demokratier

fremholder at menneskerettighetene skal respekteres, og at folk skal ha rettigheter som tros-, yttings- og organisasjonsfrihet. Vi lever i et land hvor det er allmenn oppslutning om demokratiske prinsipper. Samtidig er det også problemer i et demokratisk perspektiv. Deltakelse er ikke lik for alle. Grupper med ulike funksjonsvariasjoner og personer med psykiske helsevansker faller ofte utenfor. De representerer ofte tause grupper. Sosialt psykisk helsearbeid bør fokusere på prosesser og strukturer i samfunnet som fratar enkelte borgere deres sivile, politiske, sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter. Dette er en trussel mot demokratiet og fortjener faglig oppmerksomhet (Vike, Karlsson & Sundet, 2022).

Ingen psykisk helse uten menneskerettigheter

Menneskerettserklæringen ble vedtatt av FNs generalforsamling i 1948. Den består av 30 artikler (FNs verdenserklæring om menneskerettigheter). Alle land i verden har tilsluttet seg menneskerettserklæringen. De mest sentrale artiklene i vår sammenheng er:

- Menneskerettigheter er rettigheter alle mennesker har, uavhengig av kjønn, alder, legning, livssyn, nasjonalitet eller hvor i verden de bor.
- Menneskerettighetene gjelder i utgangspunktet alltid, og de kan ikke skilles fra hverandre.
- Menneskerettighetene er regler som gir borgerne rettigheter og staten plikter.
- Statene har plikt til å gjennomføre og beskytte menneskerettighetene til alle som befinner seg innenfor statens grenser, og der staten har såkalt jurisdiksjon eller herredømme.
- Menneskerettighetsbrudd skjer når staten ikke beskytter menneskerettighetene, selv om krenkelsen i utgangspunktet skyldes andre. Derfor er det bare stater som kan dømmes for å bryte menneskerettighetene.
- Menneskerettighetene er en gren av folkeretten, som regulerer forholdet mellom stater. Det betyr at det bare er internasjonale menneskerettighetsdomstoler som kan dømme en stat for menneskerettighetsbrudd.

Tanken om at det finnes universelle rettigheter som gjelder for alle mennesker, går tilbake til antikken. Etter andre verdenskrig ble rettighetene formulert i internasjonale avtaler som de fleste land i verden er enige om å følge.

Historien i psykisk helsefeltet viser ulike tilfeller av umenneskelige, nedverdiggende og stigmatiserende forståelser av og hjelp til mennesker som erfarer psykiske helsevansker. Mange er blitt ekskludert og sett på som annenrangs borgere med lavere verdi. Menneskerettighetene sikter mot å være universelle og kontekstuavhengige rettigheter og friheter som skal ivareta alle menneskers individuelle, iboende verdighet og respekt. I et samfunnsperspektiv angir menneskerettighetene grunnleggende rettigheter og friheter som er nødvendige for å leve et verdig liv i et demokratisk samfunn (Gording Stang & Sveaass, 2016).

Menneskerettighetserklæringen slår fast at frihet, menneskeverd og menneskerettigheter er avgjørende for å kunne oppleve og leve et helhetlig liv. Dette gjelder for oss alle. Det finnes spesielle rettigheter som gjelder for barn, kvinner og mennesker med funksjonsvariasjoner. Et sentralt aspekt i vår sammenheng er hvordan menneskerettighetene er blitt konkretisert og utviklet i yrkesetiske prinsipper og retningslinjer for de faggrupper som arbeider i helse-, sosial- og velferdssektoren.

Jeg beskriver sammenhengen mellom menneskerettigheter og forståelsen av hva et menneske kan være, og hvilke rettigheter og muligheter vi alle har som mennesker. Mitt ståsted plasserer menneskerettighetene i den humanistiske tradisjonens forståelse av hva et menneske kan være – både som individ og i relasjon til andre mennesker (Brinkmann, 2019). Menneskerettigheter er både prinsipielle og konkrete og gjelder både i det små og i det store. Det betyr at når en kommune vil bygge en bolig for personer med psykiske helseutfordringer i mitt nabolag, ønsker jeg dette velkommen. Jeg gjør mitt for at alle blir akseptert og anerkjent som borgere i vårt lokalmiljø.

Historiene om Tony og Maria

Et eksempel på hvordan praktiseringen av menneskerettigheter i en kommune kan tilsidesettes, beskrives av Pettersen (2022). Artikkelen viser til et avisoppslag hvor det fortelles om «Tony», som lever i skogen i en container.

«Tony» sliter med psykisk helse- og rusvansker og er av den grunn uføretrygdet. Containeren er en bolig på 12 kvm som «Tony» har fått av kommunen. Den er plassert på et planlagt industriområde med et renovasjonsanlegg som nærmeste nabo. «Tony» opplever dette som nedverdiggende og stigmatiserende. Han ønsker kontakt med både mennesker og lokalmiljø.

Eksempelet viser hvordan menneskerettighetene brytes konkret i tilbudet til «Tony». «Botilbudet» er ikke i tråd med menneskerettigheter som verdighet, rettferdighet, like muligheter og likeverdighet uten diskriminering. Eksempelet illustrerer hvordan personer som «Tony» ikke sees som et menneske på lik linje med oss andre. «Tilbudet» og «behandlingen» han får fra kommunen, er inhuman. Eksempelet viser hvordan vi som samfunn, og enkeltpersoner, kan forskjellsbehandle mennesker ved å tildele dem ulik verdi, begrensede muligheter og aktiv diskriminering. Dette bryter med våre rettigheter til å være like verdige mennesker. Behandlingen av «Tony» er umenneskelig.

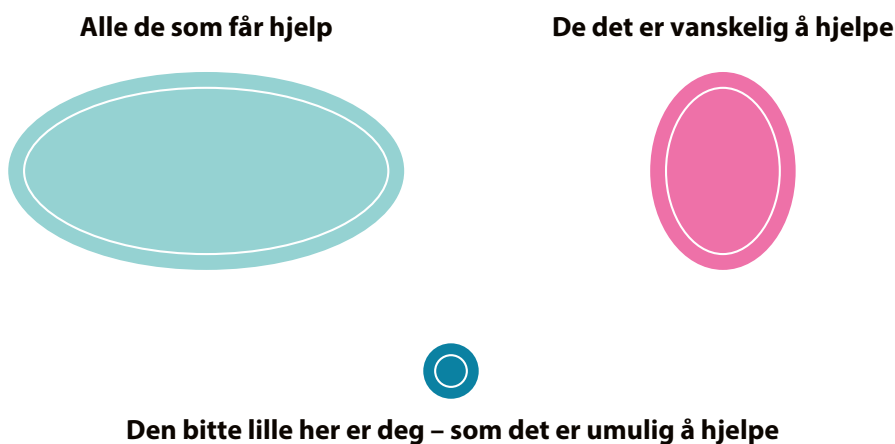
Historien om «Maria» er et annet eksempel på menneskerettighetsbrudd innen psykisk helsevern. «Maria» har vært innlagt på et psykiatrisk sykehus, hvor hun har opplevd tvangsmidler som beltelegging, isolasjon og tvangsmedisinering, samt mangel på frihet til å bevege seg utenfor sykehuset. En fagperson fra hennes hjemkommune besøker «Maria» og forteller at, dersom hun ønsker, kan hun få flytte til et bofellesskap. «Maria» takker ja, og de begynner et samarbeid om forberedelsene til flyttingen. Etter seks måneder flytter «Maria» inn i bofellesskapet sammen med tre andre personer.

I bofellesskapet arbeider det fagpersoner som er inspirert av dialogiske praksiser og åpne samtaler. Dette innebærer at alt endringsarbeid «Maria» deltar i, foregår med hennes medvirkning gjennom samtaler og avgjørelser. De ansatte bidrar til at «Maria» gjenopptar kontakten med familien sin. Hun inviteres til å vurdere om hun ønsker videre skolegang eller studier. Over tid får «Maria» en kjæreste, og de to ønsker å flytte sammen. Sammen med de ansatte samtaler de om muligheter for å finne et sted å bo, økonomiske forhold og hvordan de kan opprettholde kontakt med bofellesskapet. «Maria» og kjæresten setter pris på de åpne samtalene med de ansatte.

En dag blir «Maria» innkalt til det psykiatriske sykehuset der hun tidligere har vært innlagt. Hun møter en psykiater som understreker at sykehuset fortsatt har behandlingsansvar for henne. Psykiateren tegner en illustrasjon for å forklare «Maria» hennes situasjon. Den store sirkelen representerer «Alle de som får hjelp» av psykisk helsevern. Den mindre sirkelen indikerer «De det

er vanskelig å hjelpe». Den siste, lille sirkelen, sier psykiateren: «Det er deg, 'Maria', som det er umulig å hjelpe».

Figur 1.1



Etter samtalen erfarer «Maria» en dyp depresjon. Hun sliter med søvn og forestillinger om at hun skal ha drept noen. Hun blir tvangsinnlagt på sykehuset og er i skrivende stund (2024) fortsatt innlagt ved sykehuset.

Begge historiene kan relateres til artikkel 19 i «Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne» (CRPD). Artikkel 19 beskriver: «Retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet» og sier blant annet:

[...] effektive og hensiktsmessige tiltak skal legges til rette for at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne gjøre full bruk av denne rettighet, og bli fullt inkludert og delta i samfunnet, blant annet ved å sikre: a) at mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted, og hvor og med hvem de skal bo, på lik linje med andre, og ikke må bo i en bestemt boform [...]. (Konvensjon, rettighetene, mennesker nedsatt funksjonsevne (regjeringen.no))

Hva kan retten til å være et menneske innebære?

Praktisering av menneskerettighetene i psykisk helsefeltet er forankret i et humanistisk ståsted (Kilkku & Karlsson, 2022). Humanismens grunnleggende premisser er at mennesket anses i prinsippet som fritt. Mennesket er fritt til å danne sin personlighet, noe som innebærer ansvar for egne valg av handlinger, vurderinger og hensikter. Mennesket er et bevisst og opplevende vesen som selv erfarer verden. Vi er verken gode eller onde. Vi skaper våre egne verdier, handlinger og tanker, som er formålsrettede og formålsbestemte. Mennesket er et individ – udelelig og særegent. Forskjeller mellom mennesker er mer interessante enn likheter. Et humanistisk ideal er å møte den andre med en grunnleggende respekt for dennes egenverd, ukrenkelighet, integritet, frihet og selvbestemmelse, samt tiltro til menneskets utviklings- og erkjennelsesmessige potensialer (Kilkku & Karlsson, 2022).

Humanismen vektlegger menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av mening, verdier, håp, fellesskap, handling, aktivitet og følelser. Det humanistiske menneskesynet forstår mennesket som en handlende aktør og som unikt i betydningen av å være et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Mennesket sees som et kulturelt og helhetlig individ. Det viser seg gjennom kropp, sjel og ånd i samspill med omgivelsene i form av samfunn og kultur (Karlsson & Borg, 2023). I *Opptrappingsplanen for psykisk helse* fra 1998 beskrives den humanistiske forståelsen av et menneske:

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. (Sosial- og helsedepartementet, 1998, s. 2)

Formuleringen inviterer oss til å forstå mennesket, dets psykiske helse og kunnskapene om disse forholdene i en utvidet forstand. En person som erfarer psykiske helsevansker, er et helt menneske med egne ressurser og egen kompetanse basert på vedkommendes konkrete og eksistensielle livssituasjon. Opplever jeg psykiske helsevansker, så spiller disse erfaringene inn i alle dimensjoner av det å være et helt menneske i et samfunn. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom personen som søker hjelp, og fagpersonen som skal hjelpe. Autonomibegrepet betyr

at personen har muligheter til å ta vare på seg selv og kan fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av forholdet mellom ansvar og medansvar. Begge deler forutsetter hverandre gjensidig i relasjoner som er preget av tilstedeværelse, respekt og omtanke.

Denne forståelsen av relasjonen mellom personen og fagpersonen er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet (Karlsson & Borg, 2023). Samvær, samhandling og samarbeidende praksiser forsøkes etablert som det essensielle i samarbeidet. Det er personen og dennes opplevelser og erfaringer med helseproblemer, lidelse og ulike sosiale konsekvenser som er i sentrum. Personen og fagpersonen er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning som skaper forandringer både for personen, fagpersonen og omgivelsene.

I samarbeidet er fokuset rettet mot personen som søker hjelp og hens livsproblemer, kompetanse og ressurser, livserfaringer, kontekst, hverdagsliv og sosiale nettverk. Personen anerkjennes som ekspert på eget liv og har forutsetninger for å ta ansvar for å mestre dette (Kilkku & Karlsson, 2022).

Sosiale forskjeller og psykisk helse

Ulike sosiale fenomener som å ha et sted å bo, jobb, økonomi, venner, familie, naboer og fritidsaktiviteter er avgjørende for vår psykiske helse. Skulle jeg få vansker med min psykiske helse, vil jeg i de fleste tilfeller være der hvor jeg lever og bor til daglig. Her lever jeg med og ut min psykiske helse. Psykisk helse er relatert til kultur, etnisitet, klasse, kjønn, kjønnspreferanser og religion. Sosialt psykisk helsearbeid er mangefasettert både i relasjoner til mennesker, i livsfaser, under forskjellige livsbetingelser og i ulike kulturer. I sosialt psykisk helsearbeid samarbeider vi med mennesker som erfarer disse vanskene på mange områder av, i og gjennom livet og i ulike kontekster. Det er et helt menneske som lever med og erfarer disse utfordringene, og som viser seg psykisk, sosialt, fysisk og eksistensielt. Jeg er ikke *enten* «syk» eller «frisk». Min helse endrer seg på ulike måter og områder avhengig av hvor i livsløpet jeg befinner meg. Den psykiske helsen spiller sammen med andre deler av min helhetlige helseopplevelse og samfunnsmessige livsbetingelser. Det er ikke bare et spørsmål om hvilken hjelp jeg får fra helse-, sosial- og

velferdstjenestene. Det handler også om hvordan familie, venner, arbeidskamerater og andre kan være til hjelp.

Til alle tider har mennesker gjort erfaringer med psykiske helsevansker. Når vi erfarer disse vanskene, er de en del av våre liv der og da. De vil variere med hvor vi er i livsløpet og med våre levekår. Vansker med psykisk helse er både personlige erfaringer og en del av sosiale og kulturelle forhold som er gjensidig påvirkende. Hva samfunnet fastsetter som «normalt», eller hva som er legalt, er bestemmende for hva vi forstår med psykisk helse. Dette innrammer hva samfunnet reagerer på og ikke, og hvordan samfunnet håndterer borgere som erfarer psykiske vansker. Det gjelder også de tjenestene som skal være til hjelp. Hva et samfunn definerer som «normalt», varierer avhengig av historie, kultur og politiske forhold (Karlsson & Borg, 2023).

En samfunnsmessig forståelse av mennesket vil alltid forstås i lys av den historiske, kulturelle og sosiale konteksten vi lever i. Som et menneske inngår jeg alltid i relasjoner og situasjoner med andre mennesker og sammenhenger. Skulle jeg erfare psykiske helsevansker, vil disse i et sosialt perspektiv forstås i lys av de relasjoner og kontekster jeg er en del av – og i forhold til mine personlige ressurser. Jeg vil kunne vise og mobilisere ulike sider ved meg selv i relasjoner til personer og sosiale sammenhenger jeg deltar i.

Personer med psykiske helsevansker erfarer ofte at deres muligheter til samfunnsmessig deltakelse reduseres. Dette kan oppleves som tap av en verdsatt posisjon, meningsfulle oppgaver og arbeid, samt opplevelser av fattigdom, utstøting, mangel på fast bolig, eksklusjon og diskriminering. Et samfunnsmessig perspektiv bidrar til å fremme sosial integrering, analysere ulike sosiale barrierer og motarbeide marginalisering av personer som erfarer psykiske helsevansker. Sosialt psykisk helsearbeid har fokus på sosiale forhold som bolig, arbeid, økonomi og nettverk i relasjon til individperspektivet i forståelsen av og arbeidet med psykiske helsevansker (Karlsson & Borg, 2023).

Barnefattigdom i Norge

Halvorsen og Stjernø (2021) viser at psykiske helsevansker ikke rammer tilfeldig. Det er en sosial skjevfordeling i forholdet mellom livsutfordringer

og sosioøkonomisk status knyttet til yrke, inntekt og utdanning. Personer som er plassert i nedre deler av en slik sosial lagdeling, rapporterer oftere om ulike psykiske helsevansker enn de med høyere sosioøkonomisk status. Sosial støtte har stor betydning for psykisk helse og for ønsket endring ved psykiske helsevansker. Det er en avgjørende dimensjon i sosialt psykisk helsearbeid.

Barnefattigdom er et økende og særlig utfordrende problem i Norge. Det handler både om å anerkjenne at barnefattigdom finnes og øker, og at den rammer tidlig i barns liv. Statistikk fra Bufdir viser at 11,3 prosent av alle barn i Norge vokste opp i en familie med vedvarende lavinntekt i 2021. I antall utgjorde dette 111 700 barn. Andelen gikk ned med 0,4 prosent sammenlignet med 2020, og sank i 211 kommuner. Andelen er på samme nivå som i 2018.

I de store byene er det mange barn i familier med lavinntekt. Disse barna har økt risiko for nedsatte levekår, også når de blir voksne. Vedvarende lavinntekt innebærer en husholdning som i snitt tjener under 60 prosent av medianinntekten i Norge i løpet av de siste tre årene. En barnefamilie regnes som en husholdning med minst ett barn.

Det var 57 800 barnefamilier med vedvarende lavinntekt i 2021, en nedgang på om lag 2800 barnefamilier fra 2020. Andelen gikk noe ned fra 9,8 prosent i 2020 til 9,4 prosent i 2021. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) skyldes nedgangen en moderat inntektsvekst i 2021. Dette gjelder særlig småbarnsfamilier som fikk økt barnetrygd. I tillegg har det blitt færre barn i befolkningen. Samtidig viser ikke statistikken konsekvensene av det høye inflasjonsnivået i Norge for familier med lav inntekt. Disse familiene må håndtere de økte matvareprisene, som utgjør et betydelig større innhogg i husholdningsbudsjettet sammenlignet med en familie med gjennomsnittlig inntekt.

Det er store forskjeller mellom kommuner i samme fylke, storbyenes bydeler og mellom bydelene i Oslo. Som nevnt er barnefattigdom særlig utbredt i de store kommunene, og om lag en tredjedel av alle barna med vedvarende lavinntekt bor i en av landets sju største kommuner. Blant disse kommunene har Oslo, Drammen og Kristiansand en høyere andel barn som bor i husholdninger med lavinntekt enn for Norge som helhet. Det bor flest barn i familier med lavinntekt i Oslo, men hovedstadens andel barn i familier med lavinntekt gikk fra 17,2 prosent i 2020 til 16,5 prosent i 2021.

Blant barnefamiliene er det visse kjennetegn som gir økt risiko for lavinntekt. Foreldrenes yrkestilknytning er svært viktig for inntekten. Barnefamilier uten yrkestilknytning er de som er mest sårbare for vedvarende lavinntekt.

Enslige forsørgere har også høy risiko for lavinntekt. Barnefamilier hvor foreldrene har lav utdanning, er også utsatt for lavinntekt, og lav utdanning henger sammen med yrkestilknytning og lønnsnivå. Barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i lavinntektsstatistikken og utgjør vel 6 av 10 barn i lavinntektsgruppen (<https://www.bufdir.no/aktuelt/nye-tall-om-barnefattigdom/>).

Å la barn i Norge vokse opp i fattigdom er et brudd på menneskerettighetene, både knyttet til barn som individer og som en del av en familie. Såkalt barnefattigdom gjelder ikke bare barna, men også foreldre og søsken. Et av FNs bærekraftsmål er å utvikle en felles arbeidsplan for hele verden med hensikt å utrydde fattigdom og bekjempe ulikhet.

Økologiske perspektiver og psykisk helse

Det er mange grunner til at fenomener som «klimaangst», «økologisk sorg» og «økologisk depresjon» dukker opp. Tapet av artsmangfold og tap av landområder har allerede alvorlige negative helsekonsekvenser for mennesker verden over. Det gir store konsekvenser for livsgrunnlag generelt og eksistensielle spørsmål spesielt. Forskning viser at emosjonelle vansker, psykiske helsevansker og rusbruk henger tett sammen med klimakrisen. Dette angår oss både som enkeltpersoner og som samfunn. Klimaangst, økologisk sorg, økologisk depresjon – samt motstand, sinne og opprør – er basert i våre forbindelser til naturen og andre ikke-menneskelige livsformer, samt til våre medmenneskelige relasjoner og våre muligheter og erfaringer med å dele og samarbeide (Bjørlykhaug & Vetlesen, 2020).

Den økologiske situasjonen vi står overfor er svært alvorlig. Manglende politisk støtte og handling kan få alvorlige konsekvenser i et folkehelseperspektiv. Krisen rammer på tvers av nasjonale grenser, klasse og kulturell tilhørighet, om enn på ulike tidspunkt og med ulik kraft. De psykologiske og helsemessige konsekvensene av klimakrisen er åpenbare. Det er avgjørende å peke på psykiske helsevansker som kan oppstå som følge av naturødeleggelse og klimakrisen (Bjørlykhaug & Vetlesen, 2020).

Folkehelseinstituttet skriver i sin strategiplan frem til 2024 om sammenhengen mellom klimaendringer og folkehelse:

Klimaendringer kan påvirke den psykiske og fysiske helsen i befolkningen på flere måter: fra luftveis- og hjerte- og karsykdom, allergi,

skader og død knyttet til ekstreme værhendelser, til endringer i utbredelse og geografisk fordeling av smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens. [...] En sentral problemstilling i årene fremover handler om bærekraftige og klimatilpassede matsystemer. Vi vil styrke kunnskapen om mat som er sunn, trygg og bærekraftig i et globalt perspektiv. (FHI, 2021)

FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftsmålene består av 17 mål og 169 delmål. De gir en felles global retning for land, næringsliv og sivilsamfunn. Målene er utformet gjennom innspill fra land over hele verden, og nesten ti millioner mennesker sa sin mening i en spørreundersøkelse. Bærekraftsmålene skal ta tak i årsakene til fattigdom, ulikhet og klimaendringer. Et av hovedprinsippene i bærekraftsmålene er at ingen skal utelates. De mest sårbare menneskene skal prioriteres. Eksempler på ekskluderte grupper er mennesker med funksjonsvariasjoner, flyktninger, etniske og religiøse minoriteter, kvinner og urfolk (<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>).

FN (UN, 2020) peker på hvordan Covid-pandemien, store klimatiske og økologiske endringer innvirker på enkeltindivider og hele befolkningsgrupper. Rapporten viser til hvordan økt nedbør, jordskred, rasfarer, nedhugging av regnskog og andre miljøendringer både påvirker menneskers eksistensgrunnlag og skaper eksistensiell uro og angst. Begrepet «klimaflyktninger» anskueliggjør disse endringene, som er avgjørende for vår generelle helse og psykiske helse.

FNs spesialrapportør skriver:

Etter hvert som klimaendringene forsterkes, merkes dens ødeleggende virkninger på retten til helse, og på miljøet og menneskerettighetene mer generelt over hele kloden. Allerede grupper i marginaliserte situasjoner, inkludert urfolk, barn, eldre, kvinner, personer som lever i fattigdom, migranter og personer med allerede eksisterende helsevansker er mest utsatt for klimaendringer, som også truer med å forsterke ulikhetene i og mellom land. Alvorlige miljøendringer påvirker grunnleggende de underliggende sosiale og miljømessige determinantene for retten til helse, som ren luft,

trygt drikkevann, tilstrekkelig bolig og mat, økonomisk sikkerhet, sosiale relasjoner og samfunnsliv. (UN, 2020, vår oversettelse)

Like viktig er rapportens understrekning av at dette er et felles ansvar både lokalt og globalt. En klimaendring i en del av verden vil ha konsekvenser for klimaet i andre verdensdeler. Endringene vil skape forandringer i alle land og verdensdeler. De største økologiske endringene rammer landene sør på vår jordklode. Når polarisen smelter og vannet stiger i disse områdene, vil vi møte mange såkalte «klimaflyktninger». For å redde seg selv og andre vil våre medmennesker i sør flykte mot nord.

Den humanistiske tradisjonen kan knyttes til de nevnte sosiale og økologiske perspektivene. Humanisme er *ikke* en «ting» eller en abstrakt filosofi. Den spiller seg ut og inn i ulike historiske perioder og viser seg i ulike former i ulike kontekster, relasjoner, mennesker, deres livsfaser og ulike samfunn. Humanismen har forskjellige uttrykk, og vi som mennesker er forskjellige, men humanismen viser også til at vi er like – og at vi henger sammen som mennesker.

Veldig enkelt kan dette uttrykkes som at «Vi fødes inn i relasjoner, vi lever i relasjoner og vi dør i relasjoner». Vi lever i relasjoner *både* som personlige relasjoner til familie, venner og arbeidskamerater, og som relasjoner til utdanning, arbeid, lokalmiljø, sosial klasse, verdenssamfunnet med mer. Vi er i relasjoner til andre mennesker og til oss selv. Vi er både unike og like. Det er dialogene mellom disse ulike erfaringene, stemmene og personene som er basisen i våre liv (Karlsson & Borg, 2023).

Menneskerettigheter, psykisk helse og sosialt psykisk helsearbeid.

Verdens helseorganisasjon (WHO) startet arbeidet med forholdet mellom menneskerettigheter og psykisk helse allerede i 1996 med *Guidelines for the promotion of Human Rights of persons with mental disorders* (WHO, 1996). Lenge før 1996, og fortsatt, opplever mennesker med psykiske helseutfordringer diskriminering når det gjelder utdanning, arbeid, bolig, tilgjengelighet

i samfunnet, retten til et selvstendig liv i samfunnet m.m. Det erfares også brudd på sivile rettigheter. De verste bruddene rapporteres i tjenestene innen psykisk helse.

WHO's arbeid med menneskerettighetsbrudd innen psykisk helse skjøt fart da FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006. Konvensjonen medførte et grunnleggende syn på hvordan alle land skulle samarbeide med alle mennesker som erfarer en eller annen funksjonsvariasjon – det være seg fysisk og/eller psykisk.

CRPD-konvensjonen utgjør et vendepunkt i forståelsen av og arbeidet med grupper av mennesker med fysiske, psykososiale, intellektuelle og kognitive funksjonsvansker. Konvensjonen anerkjenner at disse personene har rettigheter, skal tildeles tjenester og muligheter til å leve fullverdige liv på lik linje med alle andre innbyggere. Konvensjonen krever at det skal utformes ikke-diskriminerende lovverk for alle – ikke særlover som peker mot særskilte grupper. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2019) fremholder at konvensjonen er et avgjørende skritt for å redusere diskriminering og nedvurdering av nevnte grupper personer.

Alle mennesker som erfarer psykisk helse-, rus- og/eller psykososiale vansker er inkludert i konvensjonen. Gjennom historien har disse gruppene av borgere blitt ekskludert, diskriminert og fratatt rettigheter og muligheter som andre borgere, uten disse utfordringene, har hatt fri tilgang til. WHO (2019) slår fast at den nevnte diskrimineringen og ekskluderingen har medført at disse borgerne ikke har hatt samme muligheter til å delta på fullverdige måter i samfunnet som andre. Det haster med å utvikle konkrete praksiser som får betydning for borgere med psykososiale vansker og helseutfordringer.

WHO's arbeider forsøker å innlemme forståelsene av psykiske helseproblemer som er beskrevet i CRPD-konvensjonen, samt de rettighetene som følger knyttet til ulike offentlige tjenester. Selv om Norge gav sin tilslutning til CRPD-konvensjonen i 2013, har det gått svært sakte med gjennomføringen av endringene i norsk lovverk. I 2021 stemte Stortinget for tredje gang imot at CRPD skal innarbeides i norske lovtekster (Stortinget, 2021). Stortingsflertallet mener at mennesker med psykiske helsevansker skal kunne bli behandlet mot deres vilje gjennom bruk av umyndiggjøring, vergemål og tvang. Det samme flertallet bryter med rettighetene som er omtalt i WHO's og FN's rapporter og handlingsplaner knyttet til CRPD-konvensjonen.

Myndighetene blir kritisert både av norske organisasjoner som overvåker hvordan konvensjonen etterleves samt fra den internasjonale CRPD-kommisjonen (McGovern & Ellingsdalen, 2022). CRPD-kommisjonen påtaler at det er høyst beklagelig og påfallende at norske myndigheter ikke tar del i de nødvendige menneskerettslige endringene og praksisene som kreves i tråd med CRPD'en.

I Norge har den faglige debatten og den politiske viljen til å gjøre endringer som følge av CRPD'en, blitt til spørsmålet om bruk av tvang eller ikke i psykisk helsevern. Norge har fortsatt ikke i 2024 skrevet inn følgene av innholdet i CRPD i gjeldende lovverk. CRPD'en er et avgjørende skritt i å forhindre diskriminerende holdninger og forståelser av mennesker med ulike funksjonsvariasjoner og helsevansker. Begge gruppene omfattes av konvensjonen ved at de i generasjoner er blitt utsatt for hindringer og fratatt rettigheter og vedvarende diskriminering i hverdagen. Dette har gjort, og gjør, det svært vanskelig å delta på lik linje og like fullverdig som andre borgere som ikke gjør disse erfaringene.

Den sterke motstanden mot å implementere CRPD i norsk lovgivning gjelder særlig Artikkel 12 om retten til å være likestilt overfor loven og rettslig handleevne på lik linje med andre, samt Artikkel 14 om retten til frihet og sikkerhet (McGovern & Ellingsdalen, 2022). Norge legger til grunn en tolkning av disse artiklene som tilsier at det kan benyttes tvang i psykisk helsevern og at vergemål er tillatt. Som nevnt, er diskusjonene i Norge blitt redusert til spørsmålet om bruk av tvang eller vergemål i gitte situasjoner.

Myndighetene og Stortinget har trenert implementeringen av CRPD i norsk lovgivning. Norge har fått omfattende og gjentakende kritikk fra FN's menneskerettsorganer for sin behandling av mennesker som utsettes for tvang i psykisk helsevern. I 2019 var FN's spesialrapportør for funksjonsvariasjoner i Norge og rettet skarp kritikk til norske myndigheter for manglende implementering av CRPD – både i gjeldende lovgivning og med tilhørende fokusendring fra særtilfeller til generell utvikling av lokalbaserte tjenester med støtte og hjelp i krisesituasjoner (McGovern & Ellingsdalen, 2022).

Det er interessant å sammenholde norske politikeres og myndigheters velvilje til å spre budskapet om menneskerettigheter i andre land og verdensdeler, med den manglende viljen til å knytte implementering av CRPD i norsk lovgivning. CRPD'en utgjør så mye, mye mer enn spørsmålet om tvang eller ikke. Den er av stor betydning for alle borgere som opplever manglende til-

gang til rettigheter grunnet deres psykososiale funksjonsvariasjoner. I Norge er det for tiden et skille mellom de som har tilgang til alle borgerrettigheter og de som ikke har det.

Relevante menneskerettslige forpliktelser i rus- og psykiskhelsefeltet

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM, 2022) har skrevet en rapport hvor de påtaler en rekke brudd på menneskerettigheter for mennesker som erfarer rusvansker. Mange av disse bruddene gjelder også for mennesker med både rusvansker og psykiske helsevansker. Rapporten viser at disse personene lever i gjennomsnitt 15 år kortere enn de som ikke har disse vanskene. Dette forklares med at personer med sammensatte lidelser mottar et dårligere helsetilbud enn resten av befolkningen. Det fremholdes at denne gruppen faktisk sjelden mottar tilbud om sammensatte tjenester og mangler støtte til bo- og levekostnader. Tidvis har disse personene blitt omtalt som personer som «[...] alltid vil prøve å manipulere alle rundt seg til enhver tid» (NIM, 2022, s. 7).

Rapporten har ulike menneskerettslige forpliktelser som er særlig relevante innen rus- og psykisk helsefeltet. Her er noen sentrale:

- Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 3: «Ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.»
- EMK artikkel 5: «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet.»
- EMK artikkel 8: «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.»
- EMK artikkel 14: «Utøvelsen av de rettigheter og friheter som er fastlagt i denne konvensjon skal bli sikret uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel eller annen status.»

NIM (2022) avslutter med å fremholde at for å sikre god implementering av menneskerettighetene, er det viktig at lovgivning, forskrifter, retningslinjer eller annet relevant regelverk ivaretar menneskerettslige standarder. Lovverket bør gi personer i førstelinjetjenesten et verktøy som gjør at de er i stand til å treffe menneskerettslig forsvarlige beslutninger.

Menneskerettigheter og yrkesetikk

Pasient- og brukerrettighetsloven gir innbyggerne rett til et verdig tjenestetilbud basert på en menneskerettslig grunnverdi og respekt for menneskeverdet. Dette inkluderer alle sider ved tjenestene, herunder den enkeltes krav på respekt for autonomi, omtanke og et helhetlig tilbud som ivaretar grunnleggende helse (Karlsson & Borg, 2023). Hovedårsaken til at menneskerettslige krav ikke overholdes i norske helse-, sosial- og velferdstjenester, er manglende oppfølging fra myndighetenes side. Rettighetenes innhold trenger konkretisering og avklaring, særlig der hvor konkurrerende rettigheter og plikter skal ivaretas. Fagpersoner opplever motstridende hensyn og krav. Brukere, pasienter og pårørende er ofte i situasjoner der de ikke evner å protestere på rettighetsbrudd eller uforsvarlig behandling.

Yrkesetiske retningslinjer kan være til hjelp ved at de handler om normer og verdigrunnlag som gjelder for ulike fagområder og yrker. De kan bidra i vurderingen av hva som kan være hensiktsmessig å gjøre i ulike situasjoner. Yrkesetikk omfatter de moralske forventningene til alle utøvere i ulike yrkesgrupper. De kan bestå av lovregulerte standarder, retningslinjer som yrkesgruppen har forpliktet seg til, og/eller uskrevne regler. Menneskerettighetene ligger til grunn for yrkesetiske retningslinjer for de ulike faggruppene.

I Norsk Sykepleierforbunds verdigrunnlag understrekes det (www.nsf.no): «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap».

Ergoterapeutenes etiske retningslinjer beskriver (www.ergoterapeutene.no): «Ergoterapeuter arbeider for åpenhet og et inkluderende samfunn med retten

til aktivitet og deltakelse for alle i et kulturelt mangfold». Det understrekes at kontinuerlig refleksjon over egen praksis er nødvendig. Ergoterapeuter har gjennom sitt arbeid ansvar for at «rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne blir ivaretatt og overholdt».

Fellesorganisasjonen (FO) for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere understreker at yrkesetikken er sentral i profesjonsutøvelsen. Yrkesutøvelsen til faggruppene i FO er basert på humanistiske og demokratiske verdier (www.fo.no). Yrkesutøverne skal fremme likeverd og respekt, møte menneskers behov og bidra til at de får brukt sine ressurser. Arbeidet skal ivareta enkeltindividet og forståelsen av menneskenes gjensidige avhengighet av hverandre for å skape livskvalitet for alle. Solidaritet med utsatte grupper, kampen mot fattigdom og for sosial rettferdighet er en viktig del av yrkesgruppens identitet. Sosialarbeidere skal motarbeide sosial urettferdighet og ulikhet og bekjempe barrierer som skaper marginalisering og avmakt.

Refleksjonsspørsmål

1. Hvordan forstår du menneskerettighetene i ditt arbeid som fagperson?
2. Diskuterer du og dine kollegaer hvordan menneskerettighetene uttrykker seg i deres faglige arbeid?
3. To eksempler på menneskerettsbrudd beskrives i kapitlet – hvordan tenker du at det kunne gjøres annerledes?

Referanser

- Anderson, H. (2008). The heart and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance – «A way of being» in relationships and conversation. I H. Anderson & D. Gehart (Red.), *Collaborative therapy: Relations and conversations that make a difference*. Routledge.
- Bjørlykhaug, K. I. (2021). Eksistensielle stormar, toreskyer og hus med rolege hav: Ei vitskapeleg og poetisk utforsking av sosial støtte i psykisk helsearbeid. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 3(1–2), 75–90.
- Bjørlykhaug, K. I. & Vetlesen, A. J. (2020). *Det går til helvete. Eller? Kjærlighet, sorg og raseri i natur- og klimakrisens tid*. Dinamo Forlag.
- Brinkmann, S. (2017). *Ståsteder. 10 gamle ideer til en ny verden*. Forlaget Press.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Klimaendringer og helse*. Folkehelseinstituttet.
- Halvorsen, K. & Stjernø, S. (2021). *Økonomisk og sosial ulikhet i Norge*. Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2023). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kilkku, N. & Karlsson, B. E. (2022). Educational aspects in advanced mental health nursing practice. I B. E. Karlsson (Red.), *Advanced mental health nursing practice* (s. 359–383). Springer Nature.
- McGovern, P. & Ellingsdalen, M. (2022). QualityRights – Mot psykisk helsetjenester basert i menneskerettigheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 85–96.
- Norsk institusjon for menneskerettigheter. (2022). *Rus og menneskerettigheter* (Publikasjonsnummer NIM-R-2022-007). Norsk institusjon for menneskerettigheter.
- Pettersen, H. (2022). Psykisk helse, medborgerskap og menneskerettigheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 29–39.
- St.meld. nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.
- Stang, E. G. & Sveaass, N. (2016). *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Stortinget. (2021). Representantforslag om å inkorporere FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i menneskerettsloven. *Dokument 8:3 S (2020–2021)*, Innst. 267 S (2020–2021).
- United Nations (UN). (2020). *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/41/34). United Nations Human Rights Council. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34
- Vike, H., Karlsson, B. & Sundet, R. (2022). *Velferdsstatens transformasjoner*. Fagbokforlaget.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders* (WHO/MNH/MND/95.4). Verdens helseorganisasjon.
- World Health Organization (WHO). (2019). *QualityRights materials for training, guidance and transformation*. Verdens helseorganisasjon. <https://www.who.int/publications/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches*. Verdens helseorganisasjon.