

Kogstad, R. (2025). I den beste hensikt? Nasjonale og internasjonale perspektiver på forvaltning av menneskerettighetene i psykisk helsevern. I H. Nordby & B. Øvreid (Red.), *Makt i velferdstekster* (s. 27–62). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa670901>

1

I den beste hensikt?

Nasjonale og internasjonale perspektiver på forvaltning av menneskerettighetene i psykisk helsevern

Ragnfrid Kogstad

Sammendrag: Kapitlet tar utgangspunkt i en rettssak der to pasienter, med bistand fra advokater fra ICJ-Norge¹, har gått til sak mot staten for krenkelsjer og menneskerettighetsbrudd under innleggelse i psykiatriske sykehus. Saken er prinsipielt viktig som en test på hvordan den norske stat vurderer egen praksis i forhold til norsk lov, men har også et større bakteppe: I hvilken grad samsvarer norsk lovgivning og praksis med internasjonale menneskerettighetsstandarder? I selve saken forsøker staten å avgrense seg til det første spørsmålet, mens motparten også ønsker å teste norsk lovgivning opp mot internasjonale menneskerettighetsstandarder. Spørsmålet reises i en situasjon der blant annet Psykisk helsevernloven (PHVL) er under revidering, og flere parallelle offentlige utredninger tar for seg ulike deler av grunnlaget for disse lovendringene. Kapitlet drøfter Lovutvalget (PHVL) fra 2019 og HOD²s vurderinger, tolkingserklæringene (til CRPD³), psykoseretningslinjene, opptrappingsplanen for psykisk helse, Innkorporeringsutvalget for CRPD, samt kort tematisk utvalg og samtykkeutvalget, opp mot føringer fra FN og WHO, behandlingsforskning og brukererfaringer.

Nøkkelord: psykisk helse, lovgivning, menneskerettigheter, internasjonale føringer

-
- 1 Den internasjonale juristkommissjon – norsk avdeling (ICJ-Norge) er en nasjonal avdeling av International Commission of Jurists (ICJ).
 - 2 Helse- og Omsorgsdepartementet.
 - 3 Convention on the rights of people with disabilities, på norsk gjerne kalt Diskrimineringskonvensjonen.

Abstract: The chapter takes as its point of departure a court case in which two patients, with the help of lawyers from ICJ-Norway, have sued the state for human rights violations when they were admitted to psychiatric hospitals. The case is fundamentally important as a test of how the Norwegian state assesses its own practice in relation to Norwegian law, but also has a larger background: To what extent does Norwegian legislation and practice correspond to international human rights standards? In the case itself, the state is trying to limit itself to the first question, while the other party also has an interest in testing Norwegian legislation against international human rights standards. The question is raised in a situation where, among other things, the Mental Health Care Act (PHVL) is being revised and where several parallel public investigations are dealing with different parts of the basis for these changes in the law. The Law Committee (PHVL) from 2019, and the HOD's assessments, the Interpretation Statements (for the CRPD), the Psychosis Guidelines, the Stepping up Plan for Mental Health, the Incorporation Committee for the CRPD and a couple of other public investigations, are discussed against guidance from the UN and WHO, treatment research and user experiences.

Keywords: mental health, legislation, human rights, international guidelines

Innledning

Oslo tingrett, juni 2022. To kvinner har stevnet staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet, for behandlingen de har fått i psykiatrien over en periode på 28 år. I løpet av innleggelsene har de vært utsatt for både tvangsmedisinering, beltelegging, isolasjon og skjerming, noe som ifølge advokatene deres må komme inn under betegnelsen «nedverdiggende og umenneskelig behandling». Etter Grunnloven og internasjonale menneskerettigheter er dette forbudt, men er det mulig å få slått fast i en norsk rett at slik behandling bryter med menneskerettighetene?

Til stede i rettssalen hører jeg saksøkernes advokater argumentere for at kunnskapsgrunnlaget for å gi antipsykotika er altfor tynt til å forsvare smerten, påkjenningen og bivirkningene ved å gi disse medisinene med tvang. De prosederer også på at vilkåret om at behandlingen med stor sannsynlighet skal føre til helbredelse, eller bedring som veier opp bivirkninger og andre ulemper – kravet om forholdsmessighet – heller ikke er oppfylt. Dette gjelder ikke bare for de to saksøkerne, men vi har heller ikke forskningsmessig belegg for at det kan forsvares generelt. Jeg kommer tilbake til dette.

Regjeringsadvokatene på sin side hevder at saksøkerne har overskredet foreldelsesfristen. Saken burde vært reist på et langt tidligere tidspunkt, sier de, fordi saksøkerne for lenge siden visste om skadene de «mente» de hadde fått.

Saksøkernes advokater svarer at foreldelsesargumentet ikke gjelder, siden det tar lang tid å komme seg etter store påkjenninger over så mange år. Integritetskrenkelsene ved å bli utsatt for tvangsmedisinering og andre former for tvang gjør pasientene svært sårbare. For de fleste vil det være nærmest en umulig oppgave å ta opp kampen mot systemet. Begge saksøkerne har også fått slått fast at de lider av posttraumatisk stress som følge av tvangen de har opplevd.

At det nå har vært mulig å reise en slik sak, skyldes at den norske avdelingen av ICJ (Den internasjonale juristkommisjon) har etablert en Pro-bonogruppe, altså en gruppe jurister som skal jobbe frivillig for å få saker fra psykiatrien ført i henhold til menneskerettighetene. Det er få jurister i Norge med spesiell kompetanse på dette området, og et av målene med Pro-bonoprojektet er også å skolere flere jurister i menneskerettighetene og hvordan de har relevans for psykisk helsefeltet.

Mens jeg sitter der i salen, blir jeg slått av den store avstanden mellom det bildet vi er opplært til å ha av velferdsstaten – den som beskytter oss, tilbyr

omsorg, trygghet og helsetjenester – og det jeg ser her: regjeringsadvokatene som viser total immunitet mot den smerten og de overgrepene disse kvinnene forteller om. De ser ut til å ha ett eneste ærend: å knuse deres argumenter og, på vegne av statsmakten, vinne over to traumatiserte kvinner som har vært utsatt for den samme statsmaktens «omsorg».

Jeg vet mye om hva disse kvinnene har opplevd. Jeg kjenner dem, og hundrevis av andre med lignende erfaringer. I en undersøkelse av pasienters erfaringer med psykisk helsevern tidlig på 2000-tallet fikk jeg svar fra nesten tusen personer som til sammen hadde vært innom alle delene av psykiatrien. Halvparten av dem skrev også historier om erfaringer med hjelpeapparatet. I etterkant av dette arbeidet har jeg blitt kjent med medlemmene i flere brukerorganisasjoner, og ikke minst gått gjennom en anselig mengde forskningslitteratur om ulike behandlinger og virkninger av ulike psykofarmaka.

Kunnskapstradisjoner med etiske konsekvenser

Epistemologi handler om hvordan vi skaper legitim kunnskap, som igjen former virkeligheten og definerer posisjoner og realiteter. Hegemoniske diskurser er innebygd i politikken og konstituerer «tingenes orden». På begynnelsen av 1700-tallet ble det kastet et medisinsk blikk på det vi kaller «galskap», og hundre år senere hadde medisinen sementert sin posisjon, realisert som psykiatriens institusjonelle praksis (Ekeland, 2021). Feltet har vært preget av kamp mellom ulike epistemologier, men mainstream psykiatri har frem til nå vært basert på det biomedisinske paradigmet, som innebar en jakt på biologiske og genetiske forklaringer på folks psykiske utfordringer. Psykiatrihistoriens mørke kapitler er dypt forankret i denne biomedisinske epistemologien. Samtidig letes det fortsatt etter det biologiske eller genetiske grunnlaget for psykiske «lidelser». Forskningen har knapt gitt resultater til nå, men den internasjonale legemiddelindustrien har interesser i å holde fokuset på slike mulige biologiske forklaringer oppe, noe industriens talspersoner gjør ved å proklamere at man stadig leter etter de biologiske og/eller genetiske årsakene til psykiske lidelser.

Når FN i dag fremmer et psykososialt og menneskerettsbasert paradigme for psykisk helsefeltet, står mye på spill. Erkjennelsen av krenkelser, kronifise-

ring og tapte liv ligger til grunn for FNs diskrimineringskonvensjon (CRPD), og medlemslandene får omfattende veiledning i hvordan de kan unngå at mennesker med funksjonshindringer ikke får nyte sine menneskerettigheter fullt ut. Samtidig preges nasjonale beslutningsorganer av sterke tradisjoner, ivaretatt av mektige profesjoner med talerør direkte inn til myndighetene. Hvordan kan man komme i posisjon til å problematisere kunnskapstradisjoner og åpne for en endret paradigmatisk forståelse i dette feltet?

Det er selvsagt et premiss at hva som regnes som «evidens» eller «sannhet» er åpent og må inngå i en vitenskapsteoretisk diskusjon om kunnskaps-tradisjonenes rolle. Samtidig kreves det en bevissthet om at epistemologi har etiske konsekvenser. I dette feltet, hvor sammenhengen mellom epistemologi og en i mange tilfeller destruktiv praksis er så tydelig, må diskusjonen også preges av et eget alvor.

Kapittelet er en kritisk analyse av avstanden mellom, på den ene siden, behandlingforskning, brukererfaringer og FNs føringer for utviklingen mot et menneskerettsbasert, psykososialt paradigme innen psykisk helsevern, og på den andre siden, nasjonale føringer slik de nedfeller seg i enkelte offentlige dokumenter. Materialet er omfattende, og jeg avgrenser meg til noen av de mest relevante dokumentene når det gjelder tvang og menneskerettigheter.

I et generelt velferdshistorisk perspektiv er offentlige myndigheters behandling av utsatte grupper et velkjent tema. Fattige, kriminelle, rusmisbrukere, løsgjengere, krigsseilere, sosialklienter og andre har blitt utsatt for maktovergrep – som regel i det godes navn. Individualisering og annerledesgjøring har forsterket avmakten. En lærdom er at de utsattes stemmer må lyttes til og gis definisjonsmakt, og kunnskapen om sosiale betingelser må økes.

Kapittelets maktkritiske tilnærming vises ved at det letes etter konkrete uttrykk for myndighetenes føringer i offentlige dokumenter. Disse dokumentene bærer også preg av å omgå relevante forskningsfunn, brukererfaringer og internasjonale føringer. Videre søkes det forklaringer på hvorfor Norge plasserer seg i en posisjon der vi kommer dårlig ut i forhold til CRPD-konvensjonens føringer og utsettes for kritikk for dette. Forklaringene knyttes til aktører, interesser og verdier. Sentrale aktører på feltet inkluderer profesjoner, myndigheter, legemiddelindustrien, brukere av tjenestene, deres pårørende og en opinion som kan vise motstridende interesser. Den diskursive kampen – eller kampen om tilnærminger når det gjelder paradigmer, fag- og menneskesyn – utdypes i det følgende.

Del 1: CRPD og FN

Bakgrunnen for CRPD og FNs arbeid med å stake ut en ny kurs

Internasjonalt har det vokst fram en sterk bevegelse for å løfte fram gruppen som har fått psykiatriske merkelapper, og som krever at menneskerettighetene – inkludert retten til et fritt og informert samtykke – skal gjelde fullt ut også for dem. CRPD er FN-konvensjonen som skal tette unntakene når det gjelder menneskerettighetenes gyldighet, uavhengig av funksjonshindringer.

I prosessen forut for FNs vedtak om CRPD ble det gjort klart at funksjonshindringer også inkluderer det «mentale», det vil si alle former for psykiske problemer og lidelser, eller med CRPDs terminologi: *psykososiale funksjonshindringer*. En voksende internasjonal «disability-rights»-bevegelse har stått samlet gjennom CRPD-forhandlingene, og arbeidet med konvensjonen har tatt utgangspunkt i erkjennelsen av at mennesker med nedsatt funksjons- evne på mange områder har svakere rettsvern enn andre. Et uttrykk for dette er tvangs- og særlovgivning der de som er «annerledes» kan sperres inne og utsettes for tvang etter særlige regler (Orefellen, 2011). I den norske psykisk helsevernloven fra 1999 (PHVL) slås det for eksempel fast at frivillighets- prinsippet kan fravikes i arbeidet med personer underlagt lovhemlet tvang, «i tråd med gjeldende lovgivning», det vil si når en profesjonell har definert at personen lider av en alvorlig sinnslidelse. Med denne unntaksbestemmelsen kan det frivillige, informerte samtykket, som er beskrevet i utallige dokumenter og lærebøker i etikk, undergraves.

Tvangshjemler i Lov om psykisk helsevern (PHVL)

Under § 3-3, punkt 3 i PHVL står det at personer «på grunn av sinnslidelsen» kan *legges inn* med tvang både ut fra «farekriteriet» (at personen er til fare for eget eller andres liv eller helse) og «behandlingskriteriet», når man antar at mangel på tvangsinngrep innebærer at personen går glipp av helbredelses- muligheter, eller antas å kunne få sin tilstand vesentlig forverret.

Hjemmelen for tvangs*behandling* finner vi i PHVL § 4-4. Der heter det at «pasient som er 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». I 2017 ble det foretatt en lovendring ved at kriteriet om «alvorlig psykisk lidelse» ble

erstattet av *manglende samtykkekompetanse* i vilkåret for tvangsbehandling. Det vil si at man bare kunne tvangsbehandle om personen manglet samtykkekompetanse. Dette var tilsynelatende en måte å imøtekomme FN-krav på, men kan fortsatt sies å være i konflikt med CRPD-konvensjonen, som slår fast at ingen kan fratras sin rett til samtykke (se konvensjonstekst bak). Bestemmelsen modereres videre av at «Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». Språklig sammenblandes her behandling og tiltak for å avverge fare for andres liv og helse, eller eget liv.

Når det gjelder *innleggelse* (§ 3-3), er det etter endringene i 2017 ikke tilstrekkelig med en alvorlig psykiatrisk diagnose. Etter lovendringen skal også samtykkekompetanse vurderes i tillegg til diagnose. Hvordan dette dobbeltkriteriet slår ut i praksis, er usikkert, men med Helsedirektoratets definisjon av samtykkekompetanse ser vi at dette like gjerne kan handle om uenighet mellom pasient og behandler om hvilken behandling pasienten trenger:

Dersom det vurderes at pasienten åpenbart ikke lenger er i stand til å forstå helsetilstanden sin og behovet for fortsatt innleggelse og behandling, vil pasienten ikke lenger være samtykkekompetent i forhold til innleggelsen. Det må da fattes vedtak om tvungent vern. (Helsedirektoratet, 23.8.2017)

Formuleringen over sier indirekte at pasienten, for å tilkjennes samtykkekompetanse, må akseptere et kunnskapsregime det er rettet mye kritikk mot. Som Georg Høyer (2000) skrev, har ingen forsøk på å måle selvinnsikt eller samtykkekompetanse passert følgende tautologiske nivå: De som er enige med sin behandlende psykiater har selvinnsikt, de som er uenige har ikke det (Høyer, 2000, s. 67).

Brukererfaringer

Verdensorganisasjonen for brukere og overlevere av psykiatrien sier i et «position paper» (WNUSP, 2011) følgende:

Våre medlemmer er innesperret i medisinske sykehus og institusjoner ... fratatt sin mulighet til å utvikle et liv de selv har valgt

og underlagt segregering som forsterker negative stereotyper og leder til ytterligere diskriminering. Voldelig medisinsk praksis som tvangselektrosjokk, tvangsmedisinering, tilbakeholdelse og isolasjon praktiseres fortsatt ... i menneskers egne hjem så vel som i institusjoner, og forårsaker traumer som ikke anerkjennes som dette i våre samfunn, siden det gjøres i navnet til terapeutisk behandling. Mange erfarer galskap, eller stemples som gale etter å ha blitt traumatisert av alvorlige voldshandlinger, misbruk eller andre katastrofer; deres behov blir ikke dekket og situasjonen blir forverret av et psykisk helsesystem som er basert på diagnostiske merkelapper og hvor kropp og sinn utsettes for tvangsintervensjoner. (min oversettelse)

Disse erfaringene er internasjonale. Kunnskapscenteret for helsetjenesten i Norge gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet våren 2014 en undersøkelse blant 740 pasienter ved 77 avdelinger (offentlige sykehus samt private sykehus med avtale med helseforetak). Av disse besvarte 553 pasienter spørreskjemaet (Kjøllestad, 2014). Hele 31 prosent oppga at de én, flere eller mange ganger hadde blitt behandlet nedlatende eller krenkende av behandlerne eller personalet under oppholdet.

I artikkelen «It's unbelievably humiliating» – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care (Nyttingnes et al., 2016) går forfatterne nærmere inn på krenkelsesopplevelsene. Her beskrives ikke bare krenkelser og mislykkede behandlingsforløp, men også hvordan dette førte til en langvarig mistillit til behandlingssystemet.

Terkelsen og Larsen (2012, 2014) publiserte data fra en lukket avdeling for rus og psykiatri på 2000-tallet, der både ansatte og pasienter ble intervjuet. De viser mange eksempler på krenkende tvang og plagsomme bivirkninger av medisiner. Pasientene beskrev hvordan medisinene økte følelsen av å ikke være normal, påvirket tanke, tale og bevegelse, ga utslett, søvnproblemer og en så kraftig vektøkning at den kunne sette livet i fare. De brukte ord som tortur, hjernefengsel og livstidsdom uten rettergang om tvangsmedisineringen.

En undersøkelse fra Sintef av Bjerkan og Bjørnstad (2011) viste at nesten en tredel av ufrivillig innlagte pasienter hadde følt seg sterkt personlig krenket.

I mitt eget doktorgradsarbeid (Kogstad, 2011) mottok jeg rundt 300 historier som handlet om negative møter og opplevelser, konkret om ydmy-

kelser, avvisning og miskommunikasjon. Et interessant paradoks var forholdet mellom den gode evnen til å verbalisere erfaringene på en nyansert måte og opplevelsene de hadde av å ikke bli lyttet til.

Lignende erfaringer er gjort i de fleste land og er beskrevet av FNs høykommissær for menneskerettigheter og Verdens helseorganisasjon i et felles dokument:

Medical practitioners sometimes treat persons with disabilities as objects of treatment rather than rights-holders and do not always seek their free and informed consent when it comes to treatments. Such a situation is not only degrading, but also a violation of human rights under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and unethical conduct on the part of the medical professional. (OHCHR & WHO, 2008)

FNs høykommissær for menneskerettigheter forsterket sin uttalelse i årsrapporten for 2016:

Forced treatment and other harmful practices, such as solitary confinement, forced sterilization, the use of restraints, forced medication and overmedication (including medication administered under false pretence and without disclosure of risks) not only violate the right to free and informed consent, but constitute ill-treatment and may amount to torture. (OHCHR, 2017)

En lignende forståelse av CRPD er formidlet av Europarådets menneskerettighetsrapportør (2009): «All medisinsk behandling skal bygge på den enkeltes samtykke. Både de i åpen omsorg og de som er i institusjoner har rett til informasjon om risiko, bivirkninger og alternativ behandling før man tar en beslutning. Konvensjonen aksepterer intet unntak fra kravet om samtykke». (min oversettelse).

Etter sitt besøk til Norge i januar 2015 skrev Europarådets menneskerettighetsrapportør en svært kritisk rapport der han pekte på at implementeringen av CRPD i Norge kommer til kort på flere av sine nøkkelmål (Muznieck, 2015). Dette gjelder særlig arbeidet for selvbestemmelse, samtykkekompetanse og ikke-diskriminering av mennesker med psykososiale og intellektuelle

funksjonshindringer. Videre ba han om at det ble utviklet systemer for «supported decision making», at myndighetene inntok en mer proaktiv holdning, gjennomførte lovendringer som sikret at medisinsk behandling ble basert på fritt og informert samtykke, og at *tolkingserklæringene* ble trukket tilbake.

Siden Norge har ratifisert CRPD, foregår det jevnlig høringer og rapportering til FN-komiteer. Norge har blant annet levert en State Report (2018) til FN-komiteen mot tortur. Det påfallende med denne rapporten er at man verken nevner smerten, lidelsen, traumene eller de ikke-reversible skadene på liv, helse og integritet som forårsakes av tvang og behandling uten samtykke i psykiatrien. Forskingen på brukererfaringer er usynliggjort i dokumentet. Disse erfaringene tillegges derimot stor vekt av CRPD-komiteen, så vel som FNs forrige helse rapportør, Dainius Pūras⁴, og FNs tidligere spesialrapportør for funksjonshindredes rettigheter, Catalina Devandas Aguilar⁵.

Behandlingsforskningen peker mot et sosialt paradigme.

Alternativene finnes!

I tillegg til forskningen på brukererfaringer er behandlingsforskningen en viktig bakgrunn for CRPD og det paradigmeskiftet konvensjonen innvarsler.

Psykiateren Trond Aarre (2018), som også har vært med på å utrede psykisk helsevernloven i to omganger (2013 og 2019), bekrefter at vi mangler forskningsmessig grunnlag for å si at ulempene ved psykofarmaka, og særlig de såkalte antipsykotika, oppveies av fordelene. Han viser til forskning som antyder bivirkninger i form av tardiv dyskinesi (manglende muskelkontroll), metabolsk syndrom og hjernesvinn, samt til problemene med å dokumentere positive helseeffekter (se blant annet Tyrer, 2012; Morrison, 2012; Wunderink et al., 2013; Moncrieff, 2013; Gøtzsche, 2015; Gøtzsche & Lund, 2019; Harrow et al., 2017; Harrow & Jobe, 2018; Fusar-Poli et al., 2013). På bakgrunn av dette kan vi neppe hevde at psykisk helsevernlovens krav om at legemidlene er *registrert i landet* og *gis i vanlig brukte doser* garanterer faglig forsvarlighet. Kravene kan heller ikke legitimere fravikelse av prinsippet om fritt og informert samtykke.

4 UN's Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2014–2020.

5 UN's Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, 2014–2020.

Allerede Paulsrudutvalget (NOU 2011: 9) anerkjente at mange (mellom 5 og 10) måtte behandles med antipsykotika for om mulig å hjelpe én (altså en treffsikkerhet på mellom 10 og 20 prosent). Dette er også tall som flere regner som overdrevent optimistiske. Utvalget erkjente at dersom tvangsbehandlingen skulle være juridisk forsvarlig, måtte det være *stor* sannsynlighet for bedring som oversteg bivirkningene. De så at i praksis var *stor* sannsynlighet urealistisk å etterleve, men i stedet for å forby tvangsmedisinering, endret de kravet til «*overveiende sannsynlig*». Dette betyr fortsatt en over 50 prosent sannsynlighet – et krav som heller aldri er innfridd (Gøtzsche & Lund, 2019).

Folkehelseinstituttets gjennomgang av forskning på antipsykotika har heller ikke overbevisende funn. Evidensen for vedlikeholdsbehandling med såkalt «antipsykotika» er svak (FHI, 2018). Man fant ikke holdepunkter for å si at pasienter som behandles med antipsykotika utover en toårsperiode har bedre arbeidsmessig fungering og færre symptomer. I gjennomgangen av forskning på effekten av antipsykotika ved førstegangs psykose fant man heller ikke nevneverdige forskjeller på om folk fikk henholdsvis antipsykotika, kognitiv adferdsterapi eller andre psykososiale tiltak, eller en kombinasjon (FHI, 2021). Forskergruppen uttalte videre at de hadde svært lav tillit til funnene som kom fram.

Det er nærmest selvsagt at «hva forskningen viser» er gjenstand for diskusjoner. Likevel kan det være verdt å lytte til tidligere ansatte i USAs National Institute for Mental Health (NIMH), som ikke er kjent for å utfordre den medisinske modellen. Steven Hyman, som var Insels forgjenger som direktør for NIMH og nå leder Stanely Psykiatrisk forskningssenter ved Harvard, minnet om at oppdagelsen av klorpromazin og lignende virkestoffer i 1950-årene så ut til å love «både terapeutisk framskritt og hjelp til innsikt i hjernens funksjon». Når vi ser tilbake, sier han, er bildet smertefullt annerledes. Effekten av psykiatriske piller flatet ut i 1955. Og effekten allerede den gang var svært begrenset. Ingen av pillene hjalp noe særlig på de ødeleggende symptomene på «schizofreni», og disse pillenes bieffekter var og er like problematiske som alltid (Hyman, 2012).

Enda mer oppsiktsvekkende kan en kalle uttalelsene fra tidligere leder for nevrovitenskap både hos legemiddelgiganten Eli Lilly og Amgen, Christian Fibiger. Ifølge ham er psykofarmakologien i krise. Med alle dataene er det nå klart at et massivt eksperiment har mislyktes. Faktisk har man over flere tiår investert milliarder av dollar i forskning, sier han, men likevel har ikke en eneste

teknisk sett ny pille nådd det psykiatriske markedet på tretti år, og de store pilleselskapene har stort sett forlatt forskningen på dette feltet (Fibiger, 2012).

I sin årsrapport for 2016 støtter FNs helserapportør, den litauiske psykiateren Dainius Pûras, det paradigmeskiftet som er nedfelt i CRPD, på *alle* punkter (UN, 2017). Han understreker den vedvarende krenkelsen av menneskerettigheter i psykisk helsesettinger generelt, og knytter dette til et biologisk paradigme med svak evidens og et ekspanderende diagnosesystem, uten en solid vitenskapelig basis. Det er et gap mellom forskningen og hva som formidles til politikere. Ifølge Pûras har evidensbasen som bygger på eksperimentell og vitenskapelig forskning gitt akkumulerende støtte til psykososiale, recoveryorienterte og ikke tvangspregede tjenester og støttesystemer. Men denne kunnskapen forblir perifer på grunn av manglende promotering og manglende investeringer i psykososiale tjenester (UN, 2017, s. 6). Pûras hevder videre at begrepet «medisinsk nødvendighet», når det brukes som argument for ikke-samtykkebasert innleggelse og behandling, mangler rot i forskningen og strider mot det Hippokratiske prinsippet: «first, do no harm»!

Fra WHO's komparative studier på 1960-tallet til krav om et sosialt paradigme

I regi av WHO ble det fra 1960-tallet og utover gjennomført flere komparative studier som allerede den gang viste økende sykkelighet og kronifisering i vestlige, industrialiserte land (Hopper, 2008). Mye pekte mot at økende medikalisering var en av faktorene.

Siden har vi sett et kontinuerlig arbeid med å utvikle rettighetsbaserte og ikke-diskriminerende psykososiale tjenester i ulike deler av verden. En milepæl var president Kennedys plan for lokalsamfunnsbaserte sentre i USA på 1960-tallet (feid over ende av Reagan-administrasjonen), som ble modell for de italienske reformene, særlig lokalisert til Trieste der psykiateren Franco Basaglia etter hvert stengte institusjonene og fikk gjennomslag for en nasjonal lov som banet veien for nedstenging av alle asylene i Italia.

De lokalsamfunnsbaserte sentrene inneholdt elementer som ble sentrale for alle virksomheter som bygger på en psykososial forståelse: fleksibilitet og individtilpasset hjelp – uavhengig av diagnose, tilgjengelighet og åpne dører, også for familie og venner, estetiske omgivelser, likemannsstøtte og en tydelig recoveryorientering med vekt på tilknytning til lokalsamfunnet.

I årene etter Basaglias reformarbeid på 1970-tallet utviklet Trieste seg til å bli en mønsterregion for progressiv lokalsamfunnspsykiatri. Nå trues reformene av ytre høyre-politikere på regionnivå, som oppfatter den sosiale forståelsen som venstreorientert og noe de ønsker å bekjempe. Ifølge deres ideologi er det ønskelig å gå tilbake til store institusjoner der mennesker med psykososiale utfordringer skilles ut fra samfunnet og behandles med medisiner, som om lidelsene utelukkende har biologisk opphav. Tjenestene ønskes overlatt til private aktører med profittinteresser. Det har kommet sterke reaksjoner på denne utviklingen fra mange deler av verden, men fremtiden til Triestemodellen er nå usikker (Kogstad, 2023).

Triesteregionen ble av Verdens helseorganisasjon utpekt som et WHO-pilotprosjekt og etter hvert et ledende WHO-samarbeidsprosjekt – en katalysator for global utvikling og implementering av distriktspsykiatrisk arbeid, helhetstenkning, gjennomført recoverytenkning og ikke minst tvangsforebygging, krise- og akuttbehandling. Det er store variasjoner mellom de ulike regionene i Italia, men landet har likevel den laveste raten for tvangsbehandling i Europa. Kriminalasylene ble stengt i et lavere tempo enn de andre asylene, men antallet slike asylter gikk ned fra 20 til 5 mellom 1970- og 1990-årene.

Trieste har vært en tenketank for det nære og integrerte lokalpsykiatriske arbeidet i over 40 år, og en internasjonal erfarings- og kunnskapsbase som rommer både forskning og utdanning.

Den italienske modellen spredte seg til flere land. Over store deler av verden er det gradvis bygd opp lokalsamfunns- og rettighetsbaserte tjenester som dels er inspirert av Trieste og dels bygger på egne tradisjoner (WHO, 2021).

En viktig milepæl var FN's ratifisering av *CRPD* i 2006. FN og Verdens helseorganisasjon har fortsatt sitt arbeid for å fremme lokalsamfunnsbaserte, rettighetsorienterte og psykososiale tjenester, blant annet ved å samle eksempler på slike tjenester fra hele verden. Her skal tre sentrale rapporter nevnes:

I 2018 kom rapporten *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review* (Gooding et al., 2018). Rapporten var bestilt av FN's spesialrapportør for funksjonshemmede, Catalina Devandas-Aguilar. Utredningen er forankret i FN's menneskerettighetsråd (HRC), som står bak *Resolution on Mental Health and Human Rights, publisert i 2017*. I denne resolusjonen bes medlemslandene om å avskaffe alle praksiser som ikke respekterer rettighetene, viljen og preferansene til alle personer, på like vilkår, og å sørge for psykisk helsetjeneste til personer med psykiske utfordringer eller psykososiale funk-

sjonshindringer på samme vilkår som til dem som ikke har slike funksjonshindringer, og basert på et fritt og informert samtykke. Litteraturoversikten (Gooding et al., 2018) omfatter 169 studier fra ulike deler av verden. I rapporten beskrives recovery- og traumeinformerte praksiser, lovverk som motvirker tvangspraksis, likemannsarbeid, trygge væresteder, initiativer rettet mot familier og sosiale nettverk, beslutningshjelp, mulighet til å avgi forhåndserklæringer og medisinfrie alternativer. Det understrekes at både top-down og lokalt lederskap er viktig for å skape og opprettholde praksiser som reduserer, forebygger og får slutt på tvangsbaserte praksiser. Eksempelene var ment som en oppfordring til landene om å avskaffe tvangspraksiser og forlate det medisinske paradigmet til fordel for et sosialt paradigme.

Oppfordringene ble forsterket i rapporten *Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches* (WHO, 2021).

Guiden vil vise politikere at det haster med å investere i lokalsamfunnsbasert psykisk helsetjeneste i tråd med internasjonale menneskerettighetsstandarder. Med en visjon om å manifestere den høyeste standard for menneskerettigheter, er den ment å gi håp om et bedre liv til millioner med psykososiale funksjonshindringer og deres familier. Eksempelene i guiden spenner fra lokalsamfunnstjeneste i India, til Aung-klinikken i Myanmar, Vennskapsbenken i Zimbabwe, institusjonsbaserte tilbud som BET-klinikken i Norge med hovedvekt på recovery, kriseservice som Tupu Ake på New Zealand, bolig med støttenettverk som KeyRing i Storbritannia, likemannsarbeid i Kenya, Personlig Ombud i Sverige og det globale stemmehørernettverket.

I konklusjonen fremheves det at psykisk helsetjeneste må forstås som en del av et omfattende og integrert nettverk av tjenester. Tjenestene bør gjenspeile mangfoldet og kompleksiteten i ulike personers behov. Paradigmeskiftet som uttrykkes gjennom CRPD, utfordrer til en helhetlig tilnærming.

Den store bredden av eksempler i rapporten viser at tjenestenettverk verden over er opptatt av bolig, sysselsetting, utdanning og sosial beskyttelse. Integreringen av helse- og sosialtjenester er avgjørende for å fremme recovery, inkludering i lokalsamfunnet og full realisering av menneskerettighetene for personer med psykososiale funksjonshindringer.

I rapporten *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, utgitt av WHO og FNs menneskerettighetsrapportør (WHO/OHCHR) i 2023, går man lenger enn å vise til eksempler på gode tjenester

i tråd med menneskerettighetene og en sosial forståelse. Her vises det konkret hvordan lover kan utformes for å realisere visjonen om en verden der alle kan leve godt og ha tilgang til tilgjengelige tjenester av høy kvalitet, basert på et rettighetsparadigme, og hvor personer med psykososiale utfordringer kan engasjere seg fullt ut i sin egen recoveryprosess og delta på alle livsområder.

CRPD anses som et avgjørende instrument for å oppnå dette, og denne WHO-rapporten gir konkrete anvisninger på hvordan lovene kan endres slik at de støtter tjenester som tilfredsstillende internasjonale menneskerettighetsstandarder. Det slås fast at lovgivningen om psykisk helse må ta en ny retning, bort fra det snevre, tradisjonelle *biomedisinske paradigmet* som har bidratt til tvang og innesperring i psykisk helsevern. Psykiske helsesystemer bør ha et tydelig mandat om å utfordre stigmatisering, utrydde diskriminering og tvang, fremme inkludering og deltakelse i lokalsamfunnet, samt utvikle tiltak for ansvarliggjøring.

Lovformuleringene omfatter alt fra forsvarlig bolig til helseforsikring, fri tilgang til helsetjenester, privatliv, inkludert retten til kulturelle og religiøse praksiser, samt fysisk aktivitet og retten til å kommunisere med hvem man ønsker. De omhandler også opplæring av ansatte, oppmerksomhet mot mulig diskriminering på ulike områder, full informasjon om ulike behandlinger, helseforhold og juridiske rettigheter, konfidensialitet og rettshjelp.

Videre understrekes det at tjenesten skal respektere alle menneskers samtykkekompetanse (legal capacity), uavhengig av funksjonshindring, også i krisesituasjoner. Samtykkekompetanse kan støttes av «supported decision-making» der personen har behov for dette, men slik at personens vilje uansett respekteres. Ingen intervensjoner kan foretas uten personens frie og informerte samtykke. Behandlingstvang skal ikke forekomme; institusjonene må ha en nullvisjon. Det skal heller ikke eksistere strenge regler, rutiner eller annen uformell tvang for å påvirke pasienten. Advokater med uavhengig stilling og kompetanse på menneskerettighetsfeltet må være tilgjengelige, og de skal yte tjenester uten kostnad for brukeren eller pårørende. Alle skal ha rett til å utforme forhåndserklæringer for situasjoner der det oppstår akutte kriser.

Rapportene peker samlet på hva et sosialt paradigme innebærer og hvordan det kan implementeres. Bevegelsen for et skifte fra et medisinsk til et sosialt paradigme som grunnlag for psykisk helsetjeneste bygger, som vi har sett, på omfattende forskning, systematiserte brukererfaringer og en kamp for

å gjøre menneskerettighetene universelle, uavhengig av funksjonshindringer eller andre kjennetegn på annerledeshet.

Likevel vil andre retninger innen psykiatriprofesjonen fortsatt argumentere *mot* at det er denne utviklingen forskningen peker på. Her står vi ved vitenskapens dilemma, som beskrevet i innledningen: Hva som regnes som «sannhet» må inngå i en diskusjon om de ulike tradisjonenes plass og hvilke kunnskapsformer som er relevante og etisk forsvarlige på dette feltet. Man kan ikke gå inn i dette kontroversielle feltet uten å ta stilling. Min posisjon i dette kapittelet er at forskningen på psykofarmakas effekter, krenkelseserfaringene, overdødeligheten blant psykiatriske pasienter, samt FNs tydelige insistering på et psykososialt, menneskerettighetsbasert paradigme, krever grunnleggende endringer som må nedfelles i PHVL.

Del 2: Norges posisjon

Norges posisjon drøftes her på bakgrunn av Norges tolkingserklæringer (Vedlegg til Prop. 106 S (2011–2012)), Retningslinjer for psykosebehandling, kapittel om legemiddelbehandling (Helsedirektoratet, 2022), Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14, Tvangsbegrensingsloven), Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.meld. 23, 2022–2023), rapport fra tematisk utvalg (HOD, 2023, Forenkle og forbedre), og utvalget som vurderte inkorporering av CRPD i norsk lov (Kultur- og likestillingsdepartementet, 2023). Av plasshensyn må disse dokumentene behandles summarisk.

Norge holder fast på sine tolkingserklæringer

Norges konservative posisjon reflekteres i tolkingserklæringene som ble avgitt til CRPD-artiklene 12, 14 og 25. Artikkel 12 sier blant annet at «... persons with disability enjoy legal capacity on an equal basis with others in all respects of life.» (se vedlegg). I artikkel 14 heter det blant annet at «the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty», og i artikkel 25 at personer med funksjonshindringer skal ha «care of the same quality ... as

others, including on the basis of free and informed consent». I tolkingserklæringene⁶ som ble avgitt til artiklene 12, 14 og 25 står:

Artikkel 12

Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger. Norge anerkjenner også forpliktelsene til å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne mottar den støtte og bistand de trenger for å utøve sin rettslige handleevne. Norge erklærer videre dets forståelse av at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt kontrollmekanismer.

Artikkel 14 og 25

Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.

Som påpekt av blant annet Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO, 2013) nærmer norske myndigheter seg problemet med en mulig konflikt mellom norsk lovgivning og CRPD med et ønske om å bevare eksisterende lovverk, blant annet med en forståelse av at tvang kan være et legitimt virkemiddel for å fremme pasientens bedring. Dette kan også ses som et forsøk på å legitimere den utstrakte bruken av tvang i Norge i dag. Dette kan bety

6 Vedlegg til Prop. 106 S (2011–2012).

konflikt med en annen konvensjon⁷ som sier at det ikke kan gjøres reservasjoner som er uforenlige med den aktuelle konvensjonens formål og hensikt.

Norske myndigheter har gjentatte ganger blitt utfordret av internasjonale overvåkingsorganer til å revurdere sin posisjon, men holder like fullt fast på å utrede såkalt «riktig» bruk av tvang (HOD, 2010). Tolkingserklæringene forsvares blant annet med at «sinnslidelse er ... en egen sykdom»:

En alvorlig sinnslidelse er ikke bare en nedsatt funksjonsevne, men også en egen sykdom. Det kan selvsagt ikke være i strid med likhetsprinsippet å vurdere ulike sykdommer og lidelser ulikt mht. hvilken helsehjelp som er påkrevd, herunder mht. evt. behov for tvang ved manglende samtykke til behandling. (UD, 2010)

Det sosiale paradigmet, der man kun snakker om psykososiale funksjonshindringer og ikke medisinske sykdommer, avvises. Det argumenteres med farlighet som en av begrunnelsene for tvangshjemlene, noe som igjen kritiseres av FN, som sier:

Hvor ekstra grunner, slik som farlighet, ... trekkes fram for å rettferdiggjøre frihetsberøvelse av en person med mental eller intellektuell funksjonshindring, skal en slik person være gjenstand for innesperring av slike grunner (farlighet) kun i samme grad og av samme årsaker som enhver annen person, uten noen referanse til hans eller hennes mentale eller intellektuelle tilstand. (OHCHR 2008b, i: Orefellen, 2011)

I mars 2019 var Norge gjennom en høring hos CRPD-komiteen. Tilbakemeldingene til Norge etter høringen finner man i rapporten *Concluding observations on the initial report of Norway* (UN, 2019). CRPD-komiteen uttrykte i sine merknader blant annet bekymring over at konvensjonen ikke er inkorporert i norsk lov, og ba om at tolkingserklæringen til artiklene 12, 14 og 25 trekkes tilbake.

7 Wien-konvensjonen, artikkel 19, konvensjonen er ikke ratifisert i Norge, men på det aktuelle punktet anerkjent som folkerettslig sedvanerett.

Psykoseretningslinjenes kapittel om legemidler

Psykoseretningslinjene skal gi kunnskapsbaserte føringer for hvilken behandling som er den beste. Anbefalingen sier enkelt at 1. Pasienter med psykose-lidelse *bør* (sterkt)⁸ tilbys behandling med antipsykotika. 2. Pasienter med diagnostisert schizofreni eller schizofrenilignende psykose som har nytte av antipsykotika, *bør* etter individuell vurdering tilbys videre behandling med antipsykotika. 3. Pasienter med sterk angst og uro i forbindelse med akutt psykose *kan* (svakere) tilbys behandling med benzodiazepiner i en tidsbe-grenset periode. 4. Pasienter med psykoselidelse som har vist toleranse overfor antipsykotika, *kan* (svakere) tilbys antipsykotika i form av langtidsvirkende injeksjoner.

Siden FHIs forskningsoversikt fra 2018 viste manglende dokumentasjon på nytte av behandling med antipsykotika utover en toårsperiode, ønsker forfatterne å bruke nyere studier. Dette overholdes imidlertid ikke. Samtidig brukes indikatoren *tilbakefall* for å beskrive medisinenes nytte, noe som kamuflerer abstinenssymptomer som følge av legemidlene og ikke sier noe om bedring.

Retningslinjen selv tar ikke stilling til spørsmålet om tvangsbehandling, men anbefalingene går rett inn i en virkelighet som styres av Lov om psykisk helsevern (PHVL), hvor tvangsbehandling regnes som en nødvendig del av repertoaret som «tilbys» pasienter. Når studiene som ligger til grunn for anbefalingene tillegges lav tillit, samtidig som medisinenes skadepotensial er stort⁹, står vi overfor et alvorlig misforhold. Ved å bruke begreper som at forskningen er «inkonklusiv når det gjelder fare for irreversible skader som tap av hjernevolum, selvmord og tidlig død (se for eksempel Parks et al. 2007; Birkenæs, 2008; Nome, 2014; Walby et al., 2018)», har man for lengst forlatt føre-var-prinsippet og prinsippet om forsvarlighet. Det forsvarlige ville være å forby tvangsmedisinering. Det er også påfallende at det ikke noe sted i ret-ningslinjene vises til CRPD.

-
- 8 Når ordet «bør» brukes, er det en sterk anbefaling. Brukes «kan» er det en noe svakere anbefaling.
- 9 I NOU 2011: 9, kapittel 9.3 beskrives blant annet følgende bivirkninger ved antipsyko-tika: sløvhets og apati, ukontrollerte muskelbevegelser og grimasering – forbigående og varige (tardive dyskinesier), sterk rastløshet og hvileløs uro (akatisi), intenst ubehag og nedstemthet, aggressivitet og suicidalitet, økt fare for diabetes og hjertesykdom, bortfall av menstruasjon og seksuell interesse.

I januar 2025 kom det melding fra HOD om at hele retningslinjen for psykosebehandling er avpublisert som følge av utviklingen i forskningen på feltet. Paradoksalt nok beholdes likevel legemiddelkapittelet, med enkelte endringer. Den viktigste er at man ikke lenger angir konkret hvor lenge en pasient bør bruke antipsykotika. Den medisinske grunnforståelsen ligger imidlertid fast.

Tvangslovutvalget 2019

Det nevnte misforholdet mellom anbefalingenes svake vitenskapelige grunnlag og behandlingens skadepotensial speiles også i følgende uttalelse i NOU 2019: 14: «Utvalgets flertall har stor forståelse for et ønske om forbud (mot tvangsbehandling) ut fra det kunnskapsgrunnlaget som i dag foreligger om virkninger og bivirkninger. Et så radikalt grep vil imidlertid forutsette en gjennomgripende omlegging av tjenestene. Dette er ikke mulig å få til på kort sikt» (NOU 2019: 14, s. 572–573). Utsagnet signaliserer at å bygge opp tjenester som kan avskaffe behandlingstvang nærmest er utenfor rekkevidde, og videre en fast tro på at medisinsk behandling er det som må til dersom man har med psykiske utfordringer å gjøre. At måten tjenestene organiseres på hindrer praksis som er i tråd med menneskerettighetene, er et illegitimt argument. Man kan ikke bryte menneskerettighetene eller se bort fra kunnskapsgrunnlaget, verken med henvisning til manglende ressurser eller eksisterende organisasjonsmodell. Her signaliseres ikke en gang intensjoner om å gjøre endringen som kan bringe tjenestene i tråd med menneskerettighetene og foreliggende kunnskapsgrunnlag.

Samtidig sier utvalget at det må gis meningsfulle aktivitetstilbud, mulighet for fysisk trening og naturopplevelser, samtaleterapi, traumeinformerte tilnærminger, musikkterapi og anledning for personen til å skjerme seg fra for mange sanseinntrykk og sosiale forpliktelser. Videre sies det også at virksomheten må ha en materiell og faglig standard som reduserer behovet for tvang, det vil si trivelige enerom med eget bad, tilstrekkelig areal å utfolde seg på, lett tilgang til natur og frisk luft, og tilstrekkelig skjerming fra støy og urolige medpasienter.

I sin oppsummering av rådene avviser departementet nødvendigheten av dette (HOD, 2021). I tillegg finner vi formuleringer om at realisering av retten til helse noen ganger bare kan skje ved «begrensninger i enkeltperso-

ners rettslige handleevne», og at man ikke nødvendigvis må kalle det tvang om «tjenesten gjennomføres» til tross for at «en person har inntatt et negativt standpunkt til forslaget om helse- og omsorgstjenester» (HOD, 2021, s. 57). HOD går også imot lovutvalgets forslag om å lovfeste et krav om at virksomheten skal ha en faglig og materiell standard som kan redusere behovet for tvang. Videre avvises et forslag om totalforbud mot elektrokonvulsiv behandling (ECT, eller elektrosjokk). Departementet går også lengre enn lovutvalget i å foreslå begrensninger i pasienters reservasjonsrett. Reservasjoner mot tvangsmedisinering blir langt på vei umulig.

Sivilombudet har en sentral rolle i å forvalte det nasjonale forebyggingsmandatet, det vil si ansvaret for Norges forpliktelse til å forebygge tortur og umenneskelig behandling. I høringen til Tvangslovutvalget uttalte Sivilombudet at man med utgangspunkt i lovutvalgets fremlagte kunnskapsgrunnlag ikke kunne se at det var truffet en rettferdig balanse mellom de interesser inngrepet (tvangsmedisinering) ivaretar og den skade inngrepet påfører, og konkluderte dermed med at «tvangsmedisinering utgjør en risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling» (HOD, 2021, s. 81). Det samme sies om å utsette pasienter for ECT (s. 98).

Sivilombudet dokumenterer at det er stor variasjon i bruken av ECT, og at kun en mindre del av sykehusene bruker ECT på nødrettsindikasjon. Man må da anta at de andre sykehusene har andre livreddende metoder, noe som svekker ECT som «nødvendige livreddende tiltak».

Opptappingsplan og tematisk utvalg

I 2023 kom det en ny Opptappingsplan for psykisk helse (Stortingsmelding 23, 2022–2023). Meldingen er påfallende ved at den ikke viser til noen av de foran nevnte WHO- og FN-dokumentene. CRPD er ikke drøftet, og menneskerettigheter nevnes bare én gang. Samtidig kommer man stadig tilbake til å «utrede løsninger» på ulike problemer, for eksempel økningen i psykiske plager. WHO-rapporten fra 2021 kunne inspirert til mange gode plantiltak her.

Når det er sagt, nevnes styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, tilrettelegging for gode rammer for veiledning, støtte og rådgivning, utbygging av tilbudet om individuell jobbstøtte (IPS), og bevilgninger som skal føre til at helsepersonell får mer tid til pasienten.

Medisinfrie behandlingstilbud vies tre fjerdedels spalte (s. 94). Det sies at tilbudet kom på plass i alle helseregioner i 2017, men meldingen er nærmere sannheten når den viser til at det har vært stor variasjon i implementeringen, og at tilbudene oppleves vanskelig tilgjengelig for brukerne. Vi kan vel nå i beste fall snakke om to til tre fungerende medisinfrie tilbud, det vil si tjenester der pasienter selv kan velge dette, der de får hjelp til nedtrapping av medisiner, og hvor det gis psykososiale behandlings- og aktivitetstilbud (se særlig «medisinfrie senger» ved UNN, Tromsø).

WHO's eksempelsamling fra 2021 tar utgangspunkt i tilbud som bygger på et fritt og informert samtykke, og hvor det gis hjelp til nedtrapping. Tjenestene er recoveryorienterte, og tilknytning til lokalsamfunnet og lokale nettverk står sentralt. Den medisinske modellen er forlatt til fordel for en menneskerettighetsbasert, psykososial modell.

I den norske Opptrappingsplanen heter det at legemidler kan ha en viktig plass i behandlingen av psykiske lidelser (s. 93), at noen barn har «nødvendig indikasjon» for psykofarmaka, men at det er begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser bruk av psykofarmaka kan ha hos barn og unge på kort og lengre sikt. Det påpekes at bruken av legemidler for psykiske lidelser stadig øker, men det uttrykkes ikke annen bekymring for dette enn at det må bli mer «presisjonsdosering» av psykofarmaka, og det vises til Senter for psykofarmakologi sitt arbeid med dette.

Det fortelles ikke om begrensningene i psykofarmakologien på dette området, det vil si at man kan finne ut hvordan samme dose og virkestoff virker ulikt for ulike personer, men at man ikke kan si hvilke biologiske eller kjemiske prosesser medisinene virker på (se foran).

Når man skal forklare den reduserte levealderen blant psykiatriske pasienter, nevnes bivirkninger av legemidler så vidt, men det som først trekkes frem er «genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse» (s. 80), levevaner, psykososialt stress, ensomhet og kognitive vansker. Videre rettes oppmerksomheten mot at psykiatriske pasienter i for liten grad benytter somatiske tjenester. Dette brukes som et argument for å samlokalisere tjenestene innen psykisk helsevern, rus og somatikk, noe som peker i en helt annen retning enn de lokalsamfunnsbaserte tjenestene som WHO-rapporten fremhever.

Når det gjelder bruk av tvang, skal man «implementere nasjonale, faglige råd for forebygging av tvang» (s. 79). Fremhevingen av begreper og tiltak som psykoedukasjon, ACT-team og TIPS (tidlig intervensjon ved psykose) viser

også hvor sterkt Opptrappingsplanen er forankret i en medisinsk modell og tenkemåte.

Når det er snakk om kunnskap og kunnskapsformidling, er det tankevekkende at man ikke berører de ulike kunnskapsparadigmene i dette feltet, og hvor langt unna vi er å kunne snakke om én «sann» kunnskapstradisjon (jf. Ekeland, 2011 og 2021).

Tematisk utvalg

For å utrede nærmere hvordan man skal sikre «god kvalitet i tjenesten og sørge for at pasienter får rask tilgang på riktig behandling» (Opptrappingsplanen s. 77), satte Regjeringen ned et eget ekspertutvalg for å utrede «tematisk organisering». Rapporten fra utvalget, som skulle utrede tematisk organisering, fikk navnet *Forenkle og forbedre* (HOD, 2023). Forenklingen ønskes oppnådd ved at antall vurderingsledd reduseres. Man skal i større grad vektlegge pasientens behov, bygge inntaket mer på samtaler og kunne henvise kjente pasienter direkte videre.

Den medisinske grunnforståelsen er tydelig. Man bør se «hele mennesket» og utvikle mer individuelt tilpassede behandlingstilbud, men utspillet er på de ansattes side. Spesialistkompetanse på rettighetsvurderinger og diagnostiske vurderinger er nødvendig, og et (nytt) Henvisnings- og avklaringsteam skal ha kompetanse i raske avklaringssamtaler og avgrensede intervensjoner, som å justere legemiddelbehandling. Helseforetakene må dessuten «sikre tilgang på fagkompetanse som kan igangsette medikamentell behandling for pasienter etter utredning».

Det minst femti år gamle problemet med mangelfull samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten skal løses ved «samhandlingsbudsjett» og «samhandlingsteam» etter modell av ACT- og FACT-teamene. Diagnosene og medisinene står i sentrum. Diagnosebegrepet suppleres med «tematiske områder», som viser seg å handle om spiseforstyrrelser, ADHD, psykoselidelser og stemningslidelser.

Sett i sammenheng med andre utredninger kan dette utvalgsarbeidet synes å få liten betydning for det videre arbeidet med lovgivning og organisering av tjenestene.

Inkorporeringsutvalget for CRPD

I mandatet for utredning om inkorporering av CRPD i norsk lov (Regjeringen, 2.12.22) sies det: «Utredningen skal omfatte en vurdering av hvordan inkorporasjon av CRPD vil kunne påvirke rettskildebildet i situasjoner hvor det kan bli reist spørsmål om Norges tolkningserklæringer er i overensstemmelse med konvensjonen, herunder hvordan spørsmål om potensiell motstrid vil kunne bli løst» (s. 1).

Norges *tolkningserklærings* betydning for tolkningen av CRPD-konvensjonen fremstår tidlig som et sentralt tema. Gjennom den todelte rapportens 500 sider brukes mye plass på å forsvare de norske tolkningserklæringenes legitimitet, samtidig som det stilles spørsmål ved CRPD-komiteens *uttalelser*, altså det som er skrevet av retningslinjer utover selve konvensjonsteksten.

Vi støter også tidlig på «presumpsjonsprinsippet», det vil si et prinsipp om at norsk rett *presumeres* å være i samsvar med folkerettslige prinsipper fordi norsk rett så langt som mulig skal anvendes i tråd med Norges folkerettslige prinsipper. For utenforstående kan dette fremstå som en underlig sirkelslutning.

Som nevnt tidligere har CRPD-komiteen bedt Norge om å trekke sine tolkningserklæringer fordi de grenser til reservasjon. Til det svarer Norge at det ikke er noen reservasjon. En reservasjon er, i henhold til Wienkonvensjonens artikkel 2 (se note 5, foran), en erklæring som tar sikte på å unnta eller modifisere den rettslige virkningen av konvensjonsbestemmelser. Norge svarer at *man ser tolkningserklæringene som en klargjøring av traktatforpliktelsene og forstår konvensjonen slik at norsk lov er i samsvar med konvensjonen*. Men dersom man skal ta CRPD-komiteens uttalelse nedenfor på alvor, er det vanskelig å benekte at konvensjonsbestemmelsene modifiseres av tolkningserklæringene:

The Committee has called on States parties to protect the security and personal integrity of persons with disabilities who are deprived of their liberty, including by eliminating the use of forced treatment, seclusion and various methods of restraint in medical facilities, including physical, chemical and mechanical restraints. The Committee has found that these practices are not consistent with the prohibition of torture and other cruel, inhumane or degra-

ding treatment or punishment against persons with disabilities.
(Guidelines for CRPD, art 14)

Tvang i Norge berører svært mange. Vedtak om tvangsbehandling (innleggelse) og tvungen observasjon har økt jevnt. I 2016 gjaldt det 8095 innleggelser, og i 2022 var tallet 8811. Tvangsbehandling uten døgnopphold (TUD) er da holdt utenfor (Helsedirektoratet, 2020; 2023).

Gjennom utvalgsrapporten beskrives tvang gjennomgående som noe som kun benyttes når omstendighetene gjør det nødvendig, som en siste utvei, og «behandlingen» er «undergitt rettssikkerhetsgarantier». Hva disse rettssikkerhetsgarantiene faktisk innebærer, utdypes imidlertid ikke. Pasienter opplever at én og samme lege kan vurdere behovet for tvang, kreve den iverksatt og selv utøve den, uten overprøving fra andre instanser. Beslutningene tas også på grunnlag av skjønnsvurderinger og varierer betydelig mellom regioner og sykehus (Helsedirektoratet, 2020).

Inkorporeringsutvalgets (2023) argumenter for å beholde Tolklingserklæringene handler i hovedsak om at CRPD-komiteens egen tolkning av CRPD-konvensjonen anses som omstridt, samtidig som den ikke er rettslig bindende på samme måte som konvensjonsteksten. Videre konstrueres en motsetning mellom helsehensyn og artikkel 14s krav om at funksjonsnedsettelse ikke skal inngå, verken direkte eller indirekte, som en del av begrunnelsen for tvang og frihetsberøvelse. Det uttrykkes også bekymring for økt rettsliggjøring, som kan gå på bekostning av demokratiske prosesser, og for at en eventuell fjerning av særhjemlene for tvang knyttet til funksjonsnedsettelse vil kunne føre til økt bruk av nødrett.

Dersom domstolene i fremtiden kommer til at det foreligger en uoverensstemmelse som ikke kan løses i tolkningsprosessen, vil det foreligge en motstrid som må løses. Men med de argumentene som er listet opp foran, er det ifølge utvalgets flertallssyn ikke gitt at en slik motstrid vil oppstå.

I denne oppstillingen ble det først valgt å se bort fra Samtykkeutvalget (HOD, 2023), som leverte sin innstilling 15. juni 2023. Dette utvalget fulgte opp intensjonen i Hurdalsplattformen om å vurdere samtykkekompetanse i psykisk helsevernlov. Det ser ut til å ha hatt større innvirkning på HODs forslag til endringer (Prop. 31 L, 2024–2025) enn ventet. Overraskende nok foreslås det at terskelen for tvang generelt senkes, blant annet ved at beviskravet for tvang reduseres fra «åpenbart» til «overveiende» sannsyn-

lig (forstått som mer enn femti prosent sannsynlighet for at personen «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne», Samtykkeutvalget kap. 13.4.4). I tillegg foreslår departementet at adgangen til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) reguleres i lov, og dermed blir lovlig, ikke bare en nødrett. ECT uten samtykke skal «kunne brukes dersom unnlattelse av å gi ECT i løpet av få uker vil føre til alvorlig fare for personens liv, pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg behandlingen». Dette fremstår som et tilbakeskritt både i forhold til Paulsrudutvalget (NOU 2011: 9) og Østenstadutvalget (NOU 2019: 14), og i konflikt med Sivilombudets bemerkninger til Østenstadutvalget (5.11.21), der det påpekes at både tvangsmedisinering og ECT utgjør en risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Det var åpen høring i Stortinget om Prop. 31 L den 31. januar 2025. Lovforslaget har møtt sterk kritikk. Dersom det vedtas i sin nåværende form, kan det sies å sette feltet enda noen steg tilbake.

Konklusjon

Gjennomgangen av de norske dokumentene ovenfor viser stor samstemthet i støtten til en medisinsk grunnforståelse, der psykiske lidelser – og særlig psykose – behandles medikamentelt. Når medisinerne anses som nødvendige, blir tvangen også nødvendig. Her ser vi hvordan det medisinske paradigmet danner basis i alle dokumentene. Det reflekteres ikke over skadepotensialet som er påpekt både av FN-rapportører og Sivilombudet med flere, og det sosiale paradigmet som er nedfelt i CRPD-konvensjonen, vies minimal oppmerksomhet. Myndighetsdiskursen støtter seg på anbefalinger og behandlingsretningslinjer med svak evidens. Dette er et paradoks som kanskje kan forklares med ulike grunnleggende forståelser, både av fenomenet psykiske lidelser (ontologien) og av hva som hjelper. Ifølge Ekeland (2011, 2021) er det på dette planet splittelsen i det psykiske helsevernet oppstår.

På den ene siden har vi en sykdomsforståelse der ontologien ses som delvis objektivt fastlagt, og hvor det er selve senteret for vår tenkning og frie vilje som påvirkes og svekkes av «sykdommen». Den psykotiske personen blir mer «Det Andre» enn «Den Andre». Vi nærmer oss personen med for-

klaring, blikk for kausalitet og medisiner som behandling. Psykosen er noe man rammes av, og som ikke gir mening. Målet om å dempe symptomer kan da fortrenge målet om å helbrede. Dette er et utbredt syn, men har gjennom psykiatriens historie vist seg å få alvorlige konsekvenser for etikk og respekten for menneskeverdet.

Motsatt har vi en ontologi som handler om subjektivitet, det ikke fastlagte, der mennesket påvirkes av eksistensielle vilkår i verden, som kriser, angst og meningstap. Fenomener som bevissthet, intensjoner, sorg, sinne, opplevelse av mening og lignende kan ikke eksistere uavhengig av oss. De er enten skapt av oss eller kommer til verden gjennom vår bevissthet og vår tolkning av verden. Med et slikt grunnsyn blir tilnærmingen basert på forståelse, bevissthet om intensjonalitet, samhandling og dialog (Ekeland, 2011; 2021).

Gjennomgangen av de norske dokumentene ovenfor viser en felles oppslutning om den medisinske grunnforståelsen, der psykiske lidelser og særlig psykose behandles medikamentelt. Her ser vi en hegemonisk myndighetsdiskurs, en diskurs som støtter seg på anbefalinger og retningslinjer med svak evidens. Man løfter ikke frem det sosiale paradigmet som er nedfelt i CRPD-konvensjonen, og forholder seg heller ikke til skadepotensialet som er påpekt av blant andre FN-rapportører og Sivilombudet. Dette er et paradoks som kanskje kan forklares med ulike grunnforståelser både av fenomenet psykiske lidelser (ontologien) og hva som hjelper.

Den kjente professoren i nevrovitenskap, Peter Sterling, begrunner den psykososiale tilnærmingen i klartekst når han påpeker at vi faktisk ikke har oppdaget (den biologiske) forskjellen på «normale» tanker og forstyrrede tanker:

Hva ville vel være mer grunnleggende enn å oppdage forskjellene mellom tilregnelige tanker og forstyrrede tanker, mellom et stabilt humør og dets ekstreme opp- og nedturer. Men *akkurat nå* forstår vi det *ikke*, og derfor er det ikke grunnlag for noen fysisk/kjemisk fiksjon. Ingenting av dette virker over tid, og det forsinker generelt tilfriskningen. I mellomtiden beriker det Big Pharma og Big Devices, Big Publishing og enkelte avkroker av academia samtidig som det skader hjernen. (Sterling, MiN, 20.9.2023)

Som vi har sett, har den utstrakte bruken av psykofarmaka støtte ikke bare i noen kroker i akademia, men også i de fleste nasjonale, styrende dokumenter på psykisk helse-feltet. Like fullt er endringstegnene der. I inkorporeringsutvalgets rapport nevnes faktisk at man ikke ønsker å dempe «anstrengelsene for å innføre slike tiltak som (tolkings-)erklæringene gjelder» (det vil si særlig retten til et fritt og informert samtykke) (Del I, s. 77).

Videre har den internasjonale psykiaterforeningen publisert et «position paper»¹⁰ om å implementere alternativer til tvang, som langt på vei er i tråd med FNs anbefalinger. Kanskje handler dette om å ha forstått hvilken retning feltet må gå i, og en uro for ikke å kunne ha en ledende rolle i prosessen (McPherson & Oute, 2023), men det er uansett et viktig signal.

Med CRPD vil den faglige tilnærmingen i både Tvangslovutvalget, Opptrappingsplanen, Tematiske utvalg og Psykoseretningslinjene måtte utfordres. I denne prosessen kan man hente inspirasjon fra mange eksempler som har fungert godt over tid: Personlig Ombud i Sverige (Lundquist, 2019), Åpne nettverksdialoger, der kjernen er å skape så stor trygghet at den utsatte våger å gå inn i en gjensidig dialog med de andre i nettverksmøtet. Når dette skjer, er det viktigste målet nådd. I ordene for det som før har vært ordløs smerte, ligger kimen til det viktigste behandlingsresultatet (Seikkula, 2019).

I Soteriahusene fikk (og får) ungdom med psykoseproblematikk hjelp til å komme seg videre i jobb og utdanning ved hjelp av personale som vil «være hos» dem (Bola & Mosher, 2003; Gøtzsche, 2023). I Power Threat Meaning-rammeverket (PTMF), som er godkjent av den britiske psykologforeningen, ligger en grunnforståelse som gjør at en bytter ut diagnoser med spørsmålene om hva personen har opplevd og hvordan man klarte å finne mening på bakgrunn av opplevelsene.

De norske offentlige dokumentene viser foreløpig ikke noe eierskap til den psykososiale og menneskerettighetsbaserte tilnærmingen til psykiske funksjonshindringer. Hvorfor det er slik, burde være gjenstand for en nærmere analyse der en ser på involverte parter, kulturelle tradisjoner og endringsbetingelser, særlig knyttet til et statsapparat med en innebygd forståelse av at menneskerettigheter er noe vi er gode på.

10 https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_635a89af889c471683c29fcd981db0aa.pdf

Proessen tar tid. Politikerne eller det norske rettsapparatet er ikke klare for å ta innover seg hva enkeltmennesker har blitt utsatt for under dekke av nødvendig helsehjelp. Man velger å stole på fagfolk, eller er mer eller mindre avhengig av å gjøre det, siden den enkelte politikers mulighet til å sette seg inn i de ulike fagområdene er begrenset.

I denne prosessen er det stemmer som løftes fram og stemmer som anonymiseres. Det ligger i det politiske systemets makt at man også har mulighet til å se bort fra kunnskap. Motmakten handler da om de andre innflytelseskanalene: organisasjonskanalen, media og å gå via rettssystemet.

Kapitlet åpnet med et eksempel på hvor vanskelig det er å nå fram via rettssystemet. Samtidig er dette en strategi som tas i bruk i stadig flere land; en går til sak for å teste hvordan praksis så vel som nasjonale bestemmelser stemmer med internasjonale forpliktelser og egne lover. FNs påtrykk for overgangen til et sosialt paradigme vil også ha stor betydning, særlig i den grad media er seg sitt ansvar bevisst og løfter fram hva som skjer internasjonalt på denne fronten, sammen med stemmene til dem som har erfaringer fra psykisk helsefeltet.

Referanser

- Barton, S. A., Johnson, R. & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(1), 34–40.
- Birkenæs, A. B. (2008). Cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness [Avhandling, PhD, UiO].
- Bjerkan, A. M. & Bjørngaard, J. H. (2011). Vedlegg 7. Pasienters egenrapporterte formelle innleggelsesstatus. NOU 2011: 9: Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.
- Bola, J. & Mosher, L. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcome from the Soteria project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 219–229.
- CRPD – Convention on the Rights of Persons With Disabilities (2006). Adopted by the UN General Assembly on Dec. 13.
- Ekeland, T.-J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. (Erfaringskompetanse, Rapport 2011:1) Erfaringskompetanse.
- Ekeland, T.-J. (2021). Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform. Erfaringskompetanse, rapport 2021:1 <https://erfaringskompetanse.no/nettbutikken/psykisk-helsevern-en-kunnskapsplattform/>
- Europarådets høykommissær for menneskerettigheter (2009). Thomas Hammarberg og Anna Nilsson, Raoul Wallenberginstituttet, 6. desember 2009. Sverige bryter torturforbudet. http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/artikel_3897237.svd#articlecomments
- Europarådets høykommissær for menneskerettigheter (2015). Rapport. Nils Muizniek, Besøk 19.–23. januar 2016.
- FHI. (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: En systematisk oversikt. <https://www.fhi.no/publ/2018/langtidsbehandling-med-antipsykotika-hos-personer-med-schizofrenispektrumli/>
- FHI. (2021). Effekten av antipsykotika ved førstegangpsykose: En systematisk oversikt. <https://www.fhi.no/publ/2021/effekten-av-antipsykotika-ved-forstegangpsykose/>
- Fibiniger, H. C. (2012). «Psychiatry, the pharmaceutical industry, and the road to better therapeutics.» *Schizophrenia Bulletin*, 38, 649.
- Fusar-Poli, P., Smieskova, R., Kempton, M. J., Andreasen, M. C. & Borgwardt, S. (2013). Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neurosci Biobehav Rev*, 37(8), 1680–1691.
- Gooding, P., McSherry, B., Roper, C. & Grey, F. (2018). Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. The University of Melbourne.
- Gøtzsche, P. & Lund, K. (2019). Intet kunnskapsgrunnlag for tvangsmedisinerer. I Kolstad, A. og Kogstad, R. *Medikalisering av psykososiale problemer*. Abstrakt forlag.
- Gøtzsche, P. (2023). Critical psychiatry textbook, kap. 7, Psychosis (part 6). *Mad in America*. www.Madinamerica.com Publisert 24. april, 2023.
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig psykiatri og organisert fornægtelse*. Peoples Press.
- Harrow, M. & Jobe, T. H. (2018). Long-term antipsychotic treatment of schizophrenia. Does it help or hurt over a 20-year period? *World Psychiatry* (Official journal of the world psychiatric association WPA), 17(2), 162–163.

- Harrow, M., Jobe, T. H., Faull, R. N. & Yang, J. (2017). A 20-year multi-follow up longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 256, 267–274.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppdragsbrev til de regionale helseforetak, 19. mars 2010.
- Helsedirektoratet. (2020). Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene 2017. Rapport IS-2888.
- Helsedirektoratet. (2022). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2023). Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2022, publisert 21.12.2023. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-2022/sammendrag>
- HOD. (2021). *Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget*.
- HOD. (2023). *Forenkle og forbedre* (Rapport fra «Tematisk utvalg»). Regjeringen.no
- HOD. (2023). *Samtykkeutvalget: Bedre beslutninger, bedre behandling*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/samtykkeutvalget-leverte-rapport-om-bruk-av-tvang/id2984485/>
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Satorius, N. (Red.) (2007). *Recovery from schizophrenia. An international perspective*. Oxford University Press.
- Hyman, S. (2012). Cognition in neuropsychiatric disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4).
- Høyer, G. (2000). On the justification of civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 65–71.
- Kjøllesdal, J. G. & Iversen, H. H. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. Rapport fra Kunnskaps-senteret nr. 9-2014.
- Kogstad, R. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner* [Avhandling Dr. Philos, UiO].
- Kogstad, R. (2019). Bruk av psykofarmaka i Norge – bakgrunn og drivkrefter. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Medikalisering av psykososiale problemer*. Abstrakt forlag.
- Kogstad, R. (2021). *Etikk, menneskerettigheter og psykisk helsevern*. Abstrakt forlag.
- Kogstad, R. (2023). Triestemodellen for psykisk helsetjeneste. *Ytring, MiN*, (2. september 2023). <https://www.madinnorway.org/2023/09/triestemodellen-for-psykisk-helsetjeneste/>
- Kultur- og likestillingsdepartementet. (2023). *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Inkorporering i menneskerettsloven. Del 1: Inkorporering og behovet for lovendringer, Del II Artiklene 1 til 30 og gjennomføringen i Norsk lov*.
- Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436.
- LDO. (2013). *CRPD: Rett til frihet, personlig sikkerhet og likeverdige helsetjenester for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse. Innspill til norske myndigheter*. Likestillings- og diskrimineringsombudet.
- Lundquist, R. (2019). Personliga ombud – välferdsentreprenörer i den svenska modellen. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Medikalisering av psykososiale problemer*. Abstrakt forlag.

- Makt-Trussel-mening-rammeverket. (2023). Erfaringskompetanse.no <https://erfaringskompetanse.no/nettbutikken/makt-trussel-mening-rammeverket/>
- McPherson, S. & Oute, J. (2023). Global psychiatry's attempt to excommunicate the former UN special rapporteur on the right to health. *Mad in America*. www.madinamerica.com
- Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pill. The troubling story of antipsychotic drugs*. Palgrave Macmillan.
- Morrison, A. (2012). Antipsychosis – is it time to introduce patients' choice? *BJP*, 2012(2), 201.
- Muznieck, N. (2015). *Country visit report: Norway: people with disabilities and Roma need more attention*. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/norway-people-with-disabilities-and-roma-need-more-attention>
- Nome, S. (2014). *The burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades. A prospective longitudinal study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility* [Avhandling, PhD-graden, UiB].
- NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Nytingnes, O., Ruud, T. & Rugkaasa, J. (2016). It's unbelievably humiliating. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153.
- OHCHR. (2008). *A review of the Ugandan legal framework relevant to persons with disabilities. Comparative analysis to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- Orefellen, H. J. (2011). *Selvbestemmelse og frihet på lik linje med andre. Lovutvalg for vurdering av regler om tvang mv. i psykisk helsevern*. *Dissens*.
- Parks, J., Radke, A. Q. & Mazade, N. A. (2007). *Measurement of health status for people with serious mental illness. 16th in the series of technical reports*. National Association of State Mental Health Program. Medical Directors Council. www.nasmhpd.org
- Psykisk helsevernloven – phvl. Jf. tidligere lov 28 apr 1961 nr. 2. Kort om loven. Sist endret 16.06.2023 (PHVL) <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2022, 2. desember). Mandat for Innkorporeringsutvalget, CRPD.
- Seikkula, J. (2019). Å være dialogisk: Psykoterapi eller en måte å leve på? I Kolstad & Kogstad (Red.), *Medikalisering av psykososiale problemer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- State Report, Para 84. Rapport fra norske myndigheter til FN. Behandlet i FNs torturkomité's 63. sesjon, 23 april til 18. mai 2018.
- Sterling, P. (2024). Innefra det nevro-vitenskapelige fagmiljø: Peter Sterling svarer Awis Aftab. *Mad in Norway*. Oversatt av forskningsredaksjonen, *MiN*. <https://www.madinnorway.org/2024/11/innenfra-det-nevro-vitenskapelige-fagmiljo-peter-sterling-svarer-awais-aftab/>
- Stortingsmelding 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*.
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2012). Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand – Erfaringer fra feltarbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(2), 123–132.

- Tyrer, P. (2012). «The end of the psychopharmacological revolution?» *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 168.
- UD. (2010). Utenriksdepartementet. Tolkningstuttalelse. Tvangsbehandling. Brev 19. november 2010.
- UN, General Assembly, Human Rights Council. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Human Rights Council, Thirty-fifth session, 6–23 June, Agenda item 3, Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development.
- UN. (2019). *Concluding observations on the initial report of Norway*. <https://digitallibrary.un.org/record/3848336>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20170047>
- WHO. (2021). *Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025707>
- WHO. (2023). *Mental health, human rights and legislation guidance and practice*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>
- WNUSP. (2011). *Position paper on the implications of the CRPD on forced treatment*. <http://www.wnusp.net/>
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S. & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913–920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>
- Aarre, T. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

Vedlegg, CRPD artikkel 12, 14 og 25

Article 12

Equal Recognition before the Law

1. States Parties reaffirm that persons with disabilities have the right to recognition everywhere as persons before the law.
2. States Parties shall recognize that persons with disabilities enjoy legal capacity on an equal basis with others in all aspects of life.
3. States Parties shall take appropriate measures to provide access by persons with disabilities to the support they may require in exercising their legal capacity.
4. States Parties shall ensure that all measures that relate to the exercise of legal capacity provide for appropriate and effective safeguards to prevent abuse in accordance with international human rights law. Such safeguards shall ensure that measures relating to the exercise of legal capacity respect the rights, will and preferences of the person, are free of conflict of interest and undue influence, are proportional and tailored to the person's circumstances, apply for the shortest time possible and are subject to regular review by a competent, independent and impartial authority or judicial body. The safeguards shall be proportional to the degree to which such measures affect the person's rights and interests.
5. Subject to the provisions of this article, States Parties shall take all appropriate and effective measures to ensure the equal right of persons with disabilities to own or inherit property, to control their own financial affairs and to have equal access to bank loans, mortgages and other forms of financial credit, and shall ensure that persons with disabilities are not arbitrarily deprived of their property.

Article 14

Liberty and Security of the Person

1. States Parties shall ensure that persons with disabilities, on an equal basis with others:
 - (a) Enjoy the right to liberty and security of person;
 - (b) Are not deprived of their liberty unlawfully or arbitrarily, and that any deprivation of liberty is in conformity with the law, and that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.

2. States Parties shall ensure that if persons with disabilities are deprived of their liberty through any process, they are, on an equal basis with others, entitled to guarantees in accordance with international human rights law and shall be treated in compliance with the objectives and principles of this Convention, including by provision of reasonable accommodation.

Article 25

Health

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall:

- (a) Provide persons with disabilities with the same range, quality and standard of free or affordable health care and programmes as provided to other persons, including in the area of sexual and reproductive health and population-based public health programmes;
- (b) Provide those health services needed by persons with disabilities specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate, and services designed to minimize and prevent further disabilities, including among children and older persons;
- (c) Provide these health services as close as possible to people's own communities, including in rural areas;
- (d) Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care;
- (e) Prohibit discrimination against persons with disabilities in the provision of health insurance, and life insurance where such insurance is permitted by national law, which shall be provided in a fair and reasonable manner;
- (f) Prevent discriminatory denial of health care or health services or food and fluids on the basis of disability.