

Introduksjon – Hva handler psykiatrien om?

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser og bruk av tvang reiser vanskelige etiske og eksistensielle spørsmål. Det fins mange forskjellige oppfatninger og forståelser av hva som ligger i betegnelsen psykisk lidelse. Mennesker som har egenerfaring fra psykisk helsevern, beskriver sine symptomer og tilstander på ulikt vis. Noen ser på sin psykiske tilstand som sykdom, andre ser på den som en naturlig reaksjon på traumer og belastninger i livet, andre som en form for nedsatt psykososial funksjonsevne. Betegnelsen «psykisk sykdom» blir brukt i det psykiatriske fagmiljøet, men mange brukere tar avstand fra den sykdomsbetegnelsen og foretrekker å kalle det «nedsatt psykososial funksjonsevne». Nedsatt psykososial funksjonsevne sier noe om at problemene oppstår i enkeltmenneskets møte med samfunnet og etablerte normer, og krever ikke at man klassifiserer psykisk lidelse som sykdom, knyttet opp mot den medisinske modellen.

Nils Kristian Sundby skriver i 1976³ at de såkalte «psykiatriske pasienter» er ikke pasienter i vanlig mening. Det er ikke gitt at legene med rette kan kreve enekompetanse når det gjelder behandling av disse menneskenes vanskeligheter. Det foreligger ikke engang overbevisende dokumentasjon for at tradisjonell psykiatrisk behandling «hjelper» i noen særlig utstrekning. Vi vet også at «behandlingen» mange ganger kan skape nye vanskeligheter og forsterke gamle. Sundby skriver videre at det slett ikke er sikkert at en psykotisk person bør møtes med den holdning at det for enhver pris er om å gjøre å stoppe psykosen – for eksempel med psykofarmaka. Tvert imot: Det å få gjennomleve en psykose, i et forståelsesfullt og faglig kompetent miljø, kan være av største viktighet for vedkommende. Av og til kan det

3 Sundby NK. Strafferetten og dens begrensninger. *Lov og Rett* 1976;2-3: 66-73.

være grunn til å vurdere psykosens inntreden som noe direkte positivt – som et mulig gjennombrudd til noe bedre enn det gamle nevrotiske livsmønster.

Tvang

Tvang representerer et dramatisk inngrep i et menneskes liv. Bruk av tvang er kontroversielt og etisk utfordrende. En persons integritet og autonomi er beskyttet av vårt lovverk og menneskerettighetene. En konflikt kan oppstå mellom en persons rettigheter og samfunnets ansvar til å yte helsehjelp. Hvordan kan vi balansere sikkerhet mot autonomi i forbindelse med tvangsinnleggelse og tvangsbehandling? Berøvelse av frihet i psykisk helsevern er basert på et vedtak ut fra et profesjonelt medisinsk skjønn, og ikke et rettslig vedtak gitt av en dommer, som i strafferetten. Den norske psykiske helsevernloven er basert på samfunnets tillit til psykiatrien som profesjon. Denne tilliten tillater psykiatere å behandle pasienter mot deres egen vilje under forutsetning av at Lov om psykisk helsevern blir fulgt.

Det er flere argumenter som taler for tvangsbruk når pasienter ikke er klar over sin sykdom, og det eneste som hjelper, er tvang for å etablere rammer for behandling. Det er en antakelse at pasienter alt i alt kan ha nytte av et behandlingsopphold, også når det skjer mot deres egen vilje. Det beste er om et vedtak om tvangsinnleggelse av protesterende pasienter skjer etter en kontradiktorisk prosess (som bygger på det prinsippet at begge parter skal ha anledning til å uttale seg om saken før det blir tatt en avgjørelse), der også jurister som er vant til å avveie motstridende hensyn, trekkes inn i avgjørelsen på pasientens vegne. Det forutsetter at jurister er tilgjengelige på døgnbasis, slik de for eksempel er i det engelske politisystemet. Men det er også viktig at regelverket ikke blir så vanskelig å håndtere at ansatte i psykiatriske institusjoner må forholde seg mer til rettsregler enn til pasientene.

Psykiater Randi Rosenqvist⁴ er uenig i målet om å få bruk av tvang ned i null. Tvang er formalisering av ansvar, det er ikke nødvendigvis maktbruk. Uten tvang er det mange som mister muligheten til å få behandlingen de selv vil ha, fordi de ikke er i stand til å be om behandlingen.

Bruker/pasient

Betegnelsene «bruker» eller «pasient» brukt om psykisk syke i helsevesenet blir ofte diskutert. Hvilken av disse to betegnelse er best egnet? Bruker ble nok tatt i bruk tidlig i miljøet rundt pasient og pårørende, fordi det betegner en mindre passiv rolle. Som pasient er en stort sett syk og innlagt,

⁴ Intervju fra *PSYKOPP* nytt 2/2016.

mens brukere er over alt, yrkesaktive, politisk aktive osv. Delvis betegner det vel også at en er bruker av en tjeneste – noe alle er innimellom, og at denne rollen da handler om å velge noe aktivt. Betegnelsen er på ingen måte tilfredsstillende. I denne boken velger jeg å være fleksibel og ikke bare benytte det ene eller det andre, det vil si at jeg bruker begge betegnelse avhengig av konteksten.

Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven tillater tvang under visse forhold når det gjelder psykiatriske pasienter. Grunnvilkår for at en pasient blir innlagt under tvungent psykisk helsevern er at han/hun har en «alvorlig sinnslidelse». Dette begrepet har vært diskutert, men etter en Høyesterettsdom i 1987 er det fastslått at det gjelder alle psykoser samt enkelte sjeldne ikke-psykoser der funksjonssvikten er så stor at tilstanden må sidestilles med en psykose.

Kriteriene for tvangsinngjelse finner vi Lov om psykisk helsevern av 02.06.1999 nr 62, sist endret 01.01.2014, under §3-3:

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

Denne loven er kritisert både når det gjelder pasienters rettssikkerhet og det drastiske inngrep i den personlige frihet. Flere brukere mener at vi ikke har bruk for Psykisk helsevernloven. Brukere med nedsatt psykososial funk-

sjonsevne har ved andre lover⁵ rett til nødvendig helseomsorg og behandling. Kritikken er gått så langt at man påpeker at psykiatrien både som vitenskap og praksis går langt utover sine grenser. Allerede i 1976 skriver Sundby⁶ at psykiatrien angår oss alle, og at det er særlig farlig at en enkelt profesjon krever monopol på dette område.

Personer som søker psykisk helsevern, kan samtykke i å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern dersom den faglig ansvarlige har begjært det. Gjelder det personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (mangler samtykkeevne), samtykker den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne.

Men det er vanskelig å finne grunnlag for den utbredte oppfatningen at pasienter som er tvangsinnlagt, automatisk mangler samtykkeevne. Vår lovgivning er basert på ideen om at pasienter med en alvorlig mental sykdom er uten sykdomsinnsikt og uten evne til å gi samtykke. Men forskning har vist⁷ at til og med pasienter med en alvorlig psykiatrisk sinnslidelse kan ha en psykologisk innsikt som gjør dem i stand til å kunne nekte eller samtykke til behandling. Brukerorganisasjonene⁸ kritiserer begrepet «manglende sykdomsinnsikt». Begrepet fremstår som uklart, subjektivt og svært skjønnsmessig, og dessuten viser det seg som nevnt, at synet på at psykiatriske pasienter er uten sykdomsinnsikt har svak vitenskapelig støtte.

Hvordan er så erfaringene fra andre land når det gjelder tvang i psykisk helsevernlovgivning? Gjennom en studie i regi av EU, kalt EUNOMIA-studien, ble 15 lands lovgivning om psykisk helsevern gjennomgått. Seks land hadde kun farekriteriet i sitt lovverk, tre hadde kun behandlingstvilkåret og seks land begge. I USA har det vært en trend i retning av å erstatte behandlingskriteriet med en obligatorisk bruk av farekriteriet. Dette har vært sett på som en måte å redusere omfanget av tvangsinnleggelser på. I en studie fra Australia konkluderes det imidlertid med at der man bare har farevilkår, øker antallet ubehandlede psykoser. I de landene som har revidert regelverket for bruk av tvang i psykisk helsevern, har det som regel vært et mål å redusere tvangsbruken. I noen land har dette gjenspeilt seg i lovgiv-

5 Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999 2.7.1999 nr 63.

Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. 2.7.1999 nr 64.

Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. 2.7.1999 nr 61.

6 Sundby NK. Strafferetten og dens begrensninger. *Lov og Rett* 1976;2-3: 66-73.

7 Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* 1995;19:149-174.

8 Tidligere psykiatriske pasienter og pårørende til disse pasienter har organisert seg i for eksempel «Mental Helse Norge», «Landsforeningen for pårørende i psykiatrien», «we shall overcome», «Hvite ørn», m.m.

ningen ved at behandlingsvilkåret er fjernet, som går ut på at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret.

I andre land, blant annet i Italia, gjorde man det motsatte og beholdt bare farekriteriet. Resultatene av slike lovendringer er ikke entydige. I enkelte land har man paradoksalt nok sett en økning av tvungent psykisk helsevern etter at behandlingsvilkåret ble fjernet, mens i Italia har tvungent psykisk helsevern gått vesentlig ned.

I Sverige er «Lag om psykiatrisk tvångsvård» fra 1991 og det materielle hovedvilkår for tvangsinngjørelse er at pasienten lider av en alvorlig psykisk forstyrrelse. Dette omfatter først og fremst psykotiske tilstander, men også alvorlige depresjoner og selvmordstanker. Alkohol og narkotikapsykoser og aldersdemens kan komme inn under begrepet. I vurderingen av behovet for tvungen psykiatrisk omsorg, kan både behovet for behandling og hensynet til fare for personen selv og andre, legges til grunn.

Den første danske psykiatriloven ble vedtatt i 1938. Den danske «lov om frihetsberøvelse og anden tvang i psykiatrien» er fra 1989 og ble sist endret i 2006⁹. Loven definerer tvang som anvendelse av «foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informert samtykke». Det materielle hovedvilkår for tvangsinngjørelse er ifølge §5 at pasienten er «sindssyk eller befinner seg i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed». Etter de danske forarbeidene er sinnssykdom å forstå som en psykisk abnorm tilstand synonymt med psykose. Loven oppstiller to alternative tilleggsvilkår: Det må være uforsvarlig ikke å tvangsinngjøre, enten fordi utsikten til bedring eller helbredelse ellers ville bli vesentlig forringet; eller fordi pasienten utgjør en nærliggende og vesentlig fare for seg selv eller andre.

Den finske mentalhelsesloven er fra 1991 og ble sist revidert i 2001. Beslutning om «psykiatrisk sjukhusvård oberoende av patientens vilja» kan bare gjennomføres dersom det konstateres at pasienten er mental syk. Tilleggsvilkårene er at sinnslidelsen må være slik at sykdommen vesentlig forverres eller at den utgjør en fare for egen eller andres helse.

På Island finnes det ingen spesiell tvangslovgivning innenfor psykisk helsevern. Man bygger i stedet på myndighetsloven fra 1997. Av myndighetsloven fremgår det at en person som lider av en alvorlig sinnslidelse kan tvangsinngjøres inntil 48 timer. Tvungen behandling med medikamenter er ikke tillatt under denne bestemmelsen. Hvis legen vurderer at fortsatt

9 NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, Norges Offentlige Utredninger, Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet 2011.

innleggelse er nødvendig, må kravet om innleggelse fremlegges skriftlig for Justisministeriet med nødvendig dokumentasjon på at tvangsinnleggelse er nødvendig.

Media

Media har i de siste tiår vært svært kritiske til psykiatrien. Flere kronikker i pressen omhandler publikums engasjement når det gjelder psykiatrien. For å tydeliggjøre dette, nevner jeg noen:

Aftenposten 13.12.2013 (Eli Gunhild By, forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund): «Norge trenger alternativer til å behandle psykisk syke personer med tvang. Psykisk syke diskrimineres... I dag blir mennesker med psykisk helsesvikt utsatt for frihetsberøvelse, tvangsmedisinering og beltelegging, selv om de ikke er til fare for seg selv eller andre...»

Aftenposten 13.7.2014 (psykiater Dag Coucheron): «Mennesker som er annerledes, betraktes som syke og medisineres deretter... I gamle dager måtte man være ganske så sprø, temmelig på viddene, svært avvikende eller splitter pine gal om man skulle kvalifisere seg til betegnelsen psykotisk. Slik er det ikke lenger. Nå er det ofte nok at man synlig avviker fra resten av befolkningen. I de siste årene har jeg lest flerfoldige journaler der kriteriene for sinnssykdom, for eksempel schizofreni, ikke er til stede, men der vedkommende likevel «antas» å ha en alvorlig sinnslidelse. Denne antagelsen blir, hvis man leser noen sider videre i journalen, til en visshet om at vedkommende er sinnssyk. Dermed klistres, nei, limes merkelappen paranoid schizofreni fast med superlim til en pasient som slett ikke behøver å være schizofren...»

Aftenposten 30.11.2014 (Terje Carlsen, tidligere psykiatrisk pasient, forfatter): «Psykiatri. Pasienten er blitt stående alene i behandlingsapparatet. Psykiatri på avveie...»

Aftenposten 25.8.2015 (en far): «Min datter ble under en tvangsinnleggelse satt på medikamentet Zyprexa, og i løpet av et drøyt år la hun på seg 60 kilo, så hun veide til slutt 135 kilo».

Faren fikk svar i *Aftenposten* 28.8. (Trond Velken, spesialist i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri): «Bruken av tvungen legemiddelbehandling bør bekymre oss sterkt. De kontrollmekanismer som er opprettet (med klageadgang til fylkeslege og rettsvesen) er etter min mening ikke gode nok. Psykiaterens vurderinger blir tillagt overdreven vekt og tilliten til at medisiner er trygge og virkningsfulle er for stor hos de som behandler klagene».

Aftenposten 29.8.2014 (Marit Jansen, bydelsdirektør, Bydel Grorud): «Vi vil se endringer! Alvorlig syke mennesker blir skrevet ut fra psykiatriske institusjoner. Det får i enkelte tilfeller katastrofale følger. ...Bør loven om

psykisk helsevern strammes inn, slik at alvorlig syke mennesker ikke blir skrevet ut?...»

Behandlingskriteriet

Den nåværende lovgivning er basert på ideen om at personer med alvorlig sinnslidelse er uten psykologisk innsikt i sin egen sykdom og derfor er ute av stand til å gi samtykke til behandling. Dette er et syn som etter hvert har fått liten vitenskapelig støtte. Forskning¹⁰ har vist at retten til å samtykke eller nekte behandling for innlagte pasienter på grunn av sinnslidelse kan ikke bli basert på den antagelse at de alle mangler samtykkekapasitet.

Brakerorganisasjonene mener at tvangsbehandling basert på behandlingskriteriet har forårsaket livslange trauma for mange pasienter. Effekten av behandling under disse vilkår viser seg å være begrenset¹¹. Å fjerne behandlingskriteriet vil også være i samsvar med Recommendation of the European Council¹² som ikke godtar tvangsbehandling som bare er basert på behandlingskriteriet alene.

I min doktorgrad har jeg argumentert med at avgjørelsen om tvangsbehandling skal bli overført til rettssystemet. Avgjørelsen burde bli basert på en psykiatrisk vurdering, men tatt av en juridisk representant (eller komité) som har erfaring i å argumentere motsatte verdier og syn. I mange andre land er bruk av en uavhengig domstol i saker som angår tvangsbehandling blitt mer vanlig. En dommer kan for eksempel i slike saker få en betydningsfull rolle.

Det er lite empirisk kunnskap om kvaliteten på psykisk helsevern i Norge. Det er noen studier, men disse er ikke av høy kvalitet. Vi trenger flere og bedre studier for å få mer kunnskap om hvilken effekt tvangsbehandling har for bedringen. De studier som finnes viser motsatte resultater. Dessverre er det vanskelig å komme til noen avgjørelse angående behandlingskriteriet og bruk av tvangsbehandling når det ikke finnes noen kontrollerte randomiserte studier. Det er ingen klare bevis angående effekten av tvang og heller ikke at frivillig behandling virker bedre enn tvangsbehandling.

10 Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* 1995;19:149-174.

Grisso T, Appelbaum, PS, Mulvey EP, Flecher K. The MacArthur Treatment Competence Study II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 1995;19:127-148.

11 Høyer G. On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:65-71.

12 Recommendation No. 10 of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its explanatory memorandum, Strasbourg: Council of Europe, 2004.

Men i psykiatrien er det bestemt at behandlingskriteriet skal opprettholdes til tross for en bred og rimelig kritikk av tvangsbehandling, spesielt når det gjelder langtidseffekten av antipsykotika. Begrunnelsen er at mangel på behandling kan være meget alvorlig for en psykisk lidelse. Behandlingskriteriet er også bygget på et fareprinsipp, som inneholder en klar risiko for pasientens eller andres liv og helse.

Farekriteriet

I en rapport fra SINTEF Helse kommer det fram at de fleste vedtak etter Psykisk helsevernloven begrunnes med behandlingskriteriet (se 3 a under kapittel om Psykisk helsevernloven ovenfor). Bare mellom 2 til 3 % av vedtakene er begrunnet med farekriteriet alene (se 3 b under kapittel om Psykisk helsevernlov ovenfor) og 25 % av vedtakene med begge kriteriene. Og 72 prosent av vedtakene er fattet bare ut fra behandlingskriteriet. Tvang i det psykiske helsevernet gir nok for mange assosiasjoner om farlige personer som omverden må beskyttes fra. Folk flest assosierer tvangsinnleggelse ofte med farlige personer, eller «tikkende bomber» som omverden må beskyttes fra. Dette synet har ingen rot i virkeligheten, for der hvor farekriteriet brukes i forbindelse med tvangsinnleggelse, er det som regel snakk om fare for seg selv, og sjelden for andre.

Farekriteriet består av to separate og uavhengige vilkår med ulike begrunnelser. Det er hensynet til samfunnsvernet som begrunner at faren for andres liv eller helse kan medføre grunnlag for tvangsinnleggelse av pasienten. Det er hensynet til pasienten selv som begrunner tvangsinnleggelse dersom pasienten er potensielt farlig for seg selv og egne verdier.

Begge farekriteriene må vurderes konkret, og faren må ha vist seg tidligere eller på annen måte være dokumenterbar. Det er ikke grunnlag for å tvangsinnlegge personer fordi det bare foreligger en mulig mistanke om slik fare. Farlighet hos sinnslidende kan være vanskelig å forutsi, og den faglige ansvarlige vil stå overfor vanskelige vurderinger¹³.

13 Syse A. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.