

---

# Reservasjonsrett i psykiatrien nå!

---

DEBATT

MERETE NESSET

meretesmetode@gmail.com

Merete Nesset er tidligere psykiatrisk pasient, og har i flere år vært pådriver for å bedre rettssikkerheten for tvangsutsatte pasienter. Hun tar videreutdanning i dialogiske praksiser, nettverksmøter og relasjonskompetanse ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE GRETHE TEIEN

Anne Grethe Teien er tidligere psykiatrisk pasient. Hun har i flere år engasjert seg i debatten om tvangspsykiatri, med spesielt søkelys på FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

**I den siste tiden har man i flere medieoppslag avdekket lemfeldig bruk av tvang i psykisk helsevern. Vi som utsettes for tvang har snakket om dette i årtier, uten å få gehør. Det er på tide at vi slutter å krenke psykiatriske pasienters rettigheter. Vi krever reservasjonsrett mot tvangsmedisinering nå! Psykiatere og Norsk psykiatrisk forening, er dere med oss?**

Kravet om juridisk rett til å takke nei til psykiatrisk tvangsbehandling er ikke nytt. I årtier har mennesker med egenerfaring fra psykisk helsevern fremmet et berettiget krav om reservasjonsrett, tidligere også kalt psykiatrisk testamente, uten å ha fått gehør.

Vi opplever å bli møtt med taushet fra de fleste hold. Vi vil derfor oppfordre fagfolk til å sette seg grundig inn i problemstillingen og formidle til offentligheten hva de mener. I lengre tid har vi forsøkt å få et klart svar fra Norsk psykiatrisk forening om hvor de står i reservasjonsrettsspørsmålet. Vi vet fremdeles ikke hva de mener. Taushet er også et svar – og en holdning. Vi ber om at nåværende leder for foreningen, Ulrik Malt, gir oss et konkret svar.

Det siste årets medieoppmerksomhet omkring tvangspsykiatri parallelt med debatten om medisinfrie tilbud har synliggjort ytterpunktene mellom de som forsvarer dagens tvangspraksis og de som ønsker at Norge skal forby all funksjonsevnebasert tvang. Sistnevnte standpunkt er i tråd med FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD) [\(1\)](#). I påvente av et generelt forbud mot tvangsmedisinering, eller enda bedre: implementering av CRPD-konvensjonen på allment juridisk nivå, mener vi at det må åpnes for individuell reservasjonsrett mot alle typer tvangstiltak gjennom bindende forhåndserklæringer. I første omgang ønsker vi å få svar på hvor norske psykiatere og andre fagfolk står i spørsmålet om reservasjonsrett mot tvangsmedisinering.

---

## Umulig å forutsi effekter

I debatten om medisinfrie tilbud har vi sett utsagn som at «vi vet» at antipsykotika virker. Hevdet effekt baserer seg da typisk på studier gjort på pasienter som ikke er underlagt tvang, over kort tid, med effektmål som ikke tar hensyn til deltagerens egne opplevelser og syn på bedring.

I psykiatrien har man brukt tilbakefallsstudier til å hevde medikamentenes langtidseffekt [\(2\)](#). Slike studier er imidlertid kjennetegnet av at pasientene i den angivelige kontrollgruppen tas av medikamentet de allerede står på, oftest abrupt. Dette kan skape seponeringssymptomer som feilaktig tilskrives tilbakefall av «sykdommen». I en metaanalyse på tilbakefallsstudier gjennomført av Leucht og medarbeidere for Cochrane Collaboration i 2012, der konklusjonen ble oppgitt å være at antipsykotika er viktig i forebyggingen av tilbakefall, var antipsykotika blitt abrupt seponert i hele 80 % av de 65 studiene, ifølge Robert Whitaker [\(2, 3\)](#).

Skader og bivirkninger er som regel heller ikke det man undersøker i slike studier. «Man har alltid vært klar over at kliniske studier ikke er laget for å oppdage bivirkninger, men effekter», skriver seksjonsleder for RELIS Sør-Øst Tone Westergren i Dagens Medisin [\(4\)](#).

Å forutsi hva slags effekt antipsykotika vil ha på enkeltmennesker lar seg egentlig ikke gjøre. «Number needed to treat» er oppgitt å være mellom fem og ti ved korttidsbehandling [\(5\)](#). Likevel tar lovverket utgangspunkt i en idé om at effekten lar seg predikere. Vi sier det slik: Det nærmeste vi kommer en pålitelig predikasjon, er hva slags effekt medikamentet tidligere har hatt på den enkelte pasient. Og da mener vi ikke «effekt» observert utenfra, løsrevet fra hvordan personen selv har erfart å stå på medikamentet. Vi snakker om hvorvidt pasienten selv opplever legemiddelbehandlingen som overveiende nyttig.

Vi mener at usikkerheten vedrørende potensiell skade, innbefattet den graverende skade tvangen i seg selv kan påføre, gjør at det å påtvinge mennesker antipsykotika verken er faglig, juridisk, menneskerettslig eller etisk forsvarlig. Vi mener at medisineringsmedisiner med psykofarmaka kun må skje gjennom informert samtykke der behandlingsapparatet er ærlig om potensielle skader og om hva man ikke vet om medikamentene. Retten til å takke nei til slik behandling i psykiatrien må gjelde til enhver tid. Har et menneske forhåndsreservert seg mot tvangsmedisineringsmedisiner, skal leger heller ikke kunne påberope seg nødrett. Helsepersonell kan implisitt ikke straffes for å følge en juridisk bindende pasienterklæring.

---

## Endringer i lov ikke nok

Når man diskuterer psykiatritvang og medisinfrie tilbud, fremstilles det av en del fagfolk som at det å takke nei til antipsykotiske legemidler i dagens psykiske helsevern er en selvfølgelig rett og mulighet. I realiteten er denne retten fraværende både i lov om psykisk helsevern og i klinisk praksis.

Når endringene i lov om psykisk helsevern trer i kraft 1. september i år, vil samtykkekompetente pasienter få anledning til å takke nei til psykofarmakologisk behandling. Prinsipielt er dette et skritt i riktig retning, men i praksis langt fra nok, all den tid det er den samme psykiateren som avgjør hvorvidt en pasient er samtykkekompetent, som også fatter vedtak om tvangsmedisineringsmedisiner.

For den enkelte pasient vil det derved fremdeles være helt vilkårlig hvorvidt egne, velbegrunnede preferanser blir tatt hensyn til, eller overkjøres av den behandlingsansvarlige som tilfeldigvis er på jobb på en gitt dag. Dette er fullstendig uholdbart.

---

## På tide å ta konsekvensen

Vi vet at et ukjent antall pasienter vil fortsette å holde seg så langt unna det psykiske helsevesenet som det er mulig å komme. Altfor mange av oss lever med en berettiget frykt for å bli påført mer av det som tidligere ikke bare har hatt manglende effekt, men som også har vært direkte skadelig.

Det trengs forskning for å kartlegge hvor mange mennesker som unnlater å søke psykisk helsehjelp i frykt for tvang. Det trengs forskning for å finne svar på hvordan tidligere tvangsutsatte pasienter som ikke lenger er i kontakt med behandlingsapparatet, har det og lever sine liv. Vi vet at det finnes ødelagte menneskeliv der ute. Ødelagte, ikke fordi vi hadde psykiske helseutfordringer i utgangspunktet, men fordi vi tok skade av å bli utsatt for tvang.

Vi forundres over hvor lite oppmerksomhet denne pasientgruppen gis, og hvor liten synlig vilje det er i fagmiljøene både til å anerkjenne skadene vi er påført, og til å komme oss i møte med vårt krav om et lovverk som beskytter oss mot det vi frykter mer enn noe annet: tvangsmedisineringsmedisiner.

Vi er prinsipielt tilhengere av et generelt forbud mot tvangsmedisinering, men Norge er ikke der ennå. Vårt krav om individuell reservasjonsrett mot tvangsmedisinering er derfor et pragmatisk opprop ut fra nåværende situasjon. Adgangen til reservasjonsrett må gjelde alle, og vi vil at den skal innføres *nå*. Utsatt rettferdighet er nektet rettferdighet.

Er dere med oss?

---

## LITTERATUR

1. United Nations. OHCHR. Convention on the rights of persons with disabilities.  
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx> (2.6.2017).
2. Whitaker R. The case against antipsychotics. A review of their long-term effects. Mad in America Foundation. 2016.  
<https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf> (2.6.2017).
3. Leucht S, Tardy M, Komossa K et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2063 - 71. [PubMed][CrossRef]
4. Westergren T. Ubehagelige sannheter om selektiv bivirkningsrapportering. *Dagens Medisin*. 27.3.2017. <https://www.dagensmedisin.no/blogger/tone-westergren/2017/03/27/ubehagelige-sannheter-om-selektiv-bivirkningsrapportering/> (2.6.2017).
5. Lund K. Tvangsmedisinering må forbys. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 263 - 5. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 16. juni 2017. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0494

Mottatt 2.6.2017, første revisjon innsendt 13.6.2017, godkjent 14.6.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.