

Psykisk helsearbeid under ulike kulturelle betingelser: refleksjoner rundt empatiens funksjon i arbeidet med å beskytte menneskerettighetene. Belyst med et eksempel fra Indonesia

Børge Baklien

førsteamanuensis

Seksjon for psykisk helse og rehabilitering

Høgskolen i Innlandet

borge.baklien@inn.no

Mental health work under different cultural conditions: reflections on the function of empathy in protecting human rights. Illuminated with an example from Indonesia

Abstract:

Harmful use of coercion violates human rights. Nevertheless, the use of coercion continues – often with good intentions to do what is in the best interests of the patient. Using an example from Indonesia, this text critically examines whether human rights or social and professional conventions should be employed in difficult situations. This is discussed by asking whether care can protect us against violations of human rights.

Keywords: use of force, discrimination, empathy, human rights violations, caregivers

Sammendrag

Skadelig bruk av tvang bryter menneskerettigheter. Likevel fortsetter tvangsbruken, ofte med gode intensjoner om å gjøre det som er til det beste for pasienten. Med et eksempel fra Indonesia undersøker denne teksten kritisk hvorvidt menneskerettigheter eller sosiale og profesjonelle konvensjoner skal legges til grunn i vanskelige situasjoner. Dette blir diskutert med å spørre om omsorg kan beskytte oss mot brudd på menneskerettighetene.

Nøkkelord: bruk av tvang, diskriminering, empati, menneskerettighetsbrudd, omsorgspersoner

Den gode viljen og tvang

«Det onde som forekommer i verden, skyldes nesten alltid uvitenhet, og den gode viljen kan forårsake nesten like mange ulykker som ondskapen» (Camus, 1998, s. 90).

Bruk av ulovlig tvang overfor mennesker med psykososiale vansker er en dypt innebygd praksis over hele verden. En praksis som ikke bare bryter med menneskerettigheter, men påfører mennesker ytterligere psykiske, fysiske og emosjonelle skader. Hundretusenvís av kvinner, menn og barn i over 60 land har minst en gang i livet blitt bundet eller sperret inne på grunn av psykososial smerte (Sharma, 2016). Leveforholdene for mennesker som blir utsatt for dette er sjokkerende (Minas & Diatri, 2008). Sårbare mennesker blir innelåst i flere år uten å få se solen. De må gjøre sitt fornødende på gulvet, og mange er underernærte. De lever som fanger, med skabb og stygge arr fra å være bundet (Sharma, 2016).

I Indonesia kalles denne praksisen for *Pasung*, som involverer en rekke metoder som å binde fast ved hjelp av tau eller kjetting, låse inne i små rom, celler, bur eller skur (Puteh et al., 2011). Praksisen er ulovlig, men er sosialt akseptert og brukes av familier. Også enkelte av de psykiatriske sykehusene benytter pasung, kanskje på grunn av manglende ressurser til beltesenger eller medisiner. Imidlertid er dette ulovlig og bryter med menneskerettighetene.

Det å frata eller å begrense mennesker med psykososiale vansker sin frihet gjennom tvang rettferdiggjøres gjennom at det er til «pasientens beste» (Szasz, 1998). I dette essayet vil jeg argumentere at tvang ikke kan relativiseres og forsvares på bakgrunn av sosiale og faglige konvensjoner om hva som er til pasientens beste. Vi trenger felles kjøreregler for å unngå skade. Spørsmålet jeg stiller er hvorvidt omsorg forankret i gode intensjoner er garantist mot grusomme handlinger eller om globale menneskerettigheter må gå forut for omsorg.

Dette belyses gjennom et eksempel fra Indonesia med en familie som bruker pasung for å beskytte personen selv, familie og lokalsamfunn. Først vil jeg beskrive den sosiokulturelle situasjonen pasung utføres i, deretter presentere et utdrag fra et intervju med et familiemedlem som utøver pasung. Intervjuet ble valgt ut fra 8 intervjuer gjennomført i Indonesia fordi det illustrerer en avmaktssituasjon der empati synes å være fraværende. Intervjuutdraget er en illustrasjon og ikke ment som empirisk belegg. Det minner oss på at tvang er konkret og erfart og kan forhåpentligvis bidra til en refleksjon om våre egne faglige og sosiale konvensjoner som vi tar for gitt.

Familier og psykososiale vansker i Indonesia

Indonesia består av 17 000 øyer og har en befolkning på over 250 millioner mennesker. Herfra ble det i 2016 rapportert om 18 800 tvangssaker relatert til psykososiale vansker (Ulya, 2019). Indonesia er et mellominntektsland som bruker 1 % av det totale helsebudsjettet på psykisk helse (Wu et al., 2016). Budsjettet retter seg først og fremst mot behandling av de med psykiatriske lidelser. Det er derfor lite tilgjengelig helsehjelp av god kvalitet til mennesker med psykososiale vansker i landlige områder (Prastyani, 2019). Det er for eksempel kun 1 psykiater per 300 000–400 000 innbyggere og 48 psykiatriske sykehus i Indonesia. Av disse er flere overfylte med uhygieniske forhold og hvor fysisk vold mot pasienter forekommer sammen med tvangsbruk for å «disiplinere» pasientene (Sharma, 2016).

Det er likevel tatt et initiativ fra myndighetene til å bygge et bedre psykisk helsevern (Prastyani, 2019). Blant annet kom en ny lov i 1977 da pasung ble ulovlig. Lovgrunnlaget var at det er en «umenneskelig» og «diskriminerende» behandling av mennesker, noe som bryter med grunnleggende menneskerettigheter (Wu et al., 2016). Siden den gang har myndighetene lansert flere programmer for å stoppe bruken av pasung. Et viktig skritt i denne sammenheng var at Indonesia i 2011 ratifiserte FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Den handler som kjent om å garantere like rettigheter, sikkerhet og frihet fra tortur og mishandling.

Men tvangsbruken fortsetter. Dette kan skyldes at mange indonesiske familier er fattige, og at det er forventet at de tar ansvar for familiemedlemmer med psykososiale vansker selv om det blir gjennom bruk av tvang (Buanasari et al., 2018). De må håndtere den doble byrden med å forholde seg til aggressiv og destruktiv oppførsel samtidig som de forsørger familien (Hartini et al., 2018). I tillegg har familiene begrenset kunnskap om hvordan møte mennesker med psykososiale vansker, noe som også ofte er tilfelle blant lokalsamfunnets ledere (Laila et al., 2018). Mangel på kunnskap innebærer at familien tar i bruk sosiale og kulturelle foreskrevne modeller for å forstå (Broch, 2001). Annerledes oppførsel tolkes som «galskap» og at personen er besatt av onde ånder eller utsatt for hekseri (Irwanto et al., 2020; Patawari et al., 2020). Mange søker derfor behandling fra tradisjonelle helbredere *dukun* (sjaman). Ofte er dette etter press fra lokalsamfunnet og i noen tilfeller bruker familien all sin inntekt på slik behandling (Yunita et al., 2020).

Omsorgsbyrden, sammen med press fra lokalsamfunnet, kan derfor bidra til negative følelser overfor personen med psykososiale vansker (Yunita et al., 2020). For indonesiske familier bekymrer seg for «skam» (aib) relatert til stigma. Det oppleves derfor viktig å ikke avsløre

familiens aib (Prastyani, 2019). Stigma er vanlig i Indonesia og er i denne sammenheng relatert til en tro på at mennesker med psykososiale vansker er farlige, og at de bør forbli innestengt for å ikke forårsake problemer i samfunnet (Ilmy et al., 2020). Ikke bare blir de sett på som farlige, men også som noen med manglende kapasitet. De blir ekskludert og ofte mobbet eller utsatt for andre former for vold (Daulima, 2018).

Pasung – et eksempel

Jeg forsto at noe var feil når sønnen min fortalte meg hvorfor stjernene jaget meg. Jeg ønsket ikke disse utsagnene velkommen fordi jeg visste at det var umulig. Etter denne episoden ble han fiendtlig mot familien hjemme. Han begynte å spørre hvorfor vi gir ham gift, og han la sand i gryten når vi tilberedet ris. Dette var de første tegnene på hans underlige oppførsel og etter noen måneder begynte han å ødelegge ting hjemme som gryter, lyspære og speil. Når vi ikke var hjemme fortalte naboene om alt som skjedde mens vi var borte. Derfra bandt jeg ham. Jeg bandt føttene og hendene hans til et tre. Jeg bandt ham fordi følelsene mine tok overhånd og fordi alt husholdningsutstyr ble ødelagt. Han ba om unnskyldning og om ikke å bli bundet, men jeg sa at det ikke var hans feil og at han ikke gjorde det med vilje.

Han har vært syk siden han var 24 år gammel, men jeg startet først å binde ham når han begynte å lage støy. Noen ganger når han er rolig og ikke bråker slipper jeg ham løs. Dette fordi han klaget over at hendene og føttene hans begynte å gjøre vondt, spesielt fordi jeg bandt ham med en kjetting. Jeg binder ham fordi han går berserk, spesielt når folk rundt ham bråker eller synger. Dette området er et skoleområde og mange barn går på skole her. Så det å unngå at han går berserk er grunnen til at vi lenket ham. Når han er bundet er han ikke så voldsom, men hvis vi løsner ham slår han andre og vi vil ikke at andre skal bli skadet.

Vi gir ham mat, og han spiser selv. Han bader ikke fordi vi holder ham bundet, med mindre vi gir ham vann så han kan dusje. Han urinerer og gjør fra seg på gulvet der vi har bundet ham. Han har noen problemer på hender og føtter fra å være bundet, som skabb og arr etter lenkene, fordi vi bandt ham ved hjelp av en kjetting, men jeg har erstattet kjettingen med håndjern.

Vi tok ham til behandling hos en lege først og fremst fordi han klaget over å ikke kunne sove. Legen ga ham 5 piller medisin som så ut som svarte små sovepiller, men han ble ikke bedre. Vi har brakt ham til sykehuset for medisinsk behandling. Vi har også forsøkt tradisjonell medisin eller landsbymedisin, men det har heller ikke ført til forandring. Etter det følte vi oss

lei fordi det ikke var noen endring etter flere behandlinger. Det er ingen behandling lenger, bare medisinen som vi henter fra de lokale helsesenteret 'Puskesmas'.

Tilsynelatende binder faren sønnen fast fordi han lager støy, er en trussel i nabolaget, ødelegger ting og fordi familien må arbeide for å ha nok inntekt for å forsørge husholdet. De har derfor ikke kontroll over sønnen som anses som en fare for seg selv og andre. Faren opplever en økende frustrasjon over situasjonen og at han ikke vet hvordan han skal håndtere den utover det å binde sønnen. Følelsene tar overhånd og han synes ikke å se sønnen som et subjekt, men som atferd som må stoppes og han binder ham fast.

Faren forteller åpent om den grufulle handlinger. Det er som han ikke har tenkt over om den er til skade. Det kan virke underlig, men vi har nok av eksempler på ureflekterte grufulle handlinger i psykiatrien. Handlinger som faglig er ansett for å være «til pasientens beste» (Tranøy, 1999). Faren handler i tråd med sosiale konvensjoner om hva som er riktig eller galt og hva som forventes av ham som familiefar. Konvensjoner som han tar for gitt uten å reflektere over hvorvidt praksisen er ond eller god for sønnen.

I forlengelsen av dette kan vi si at handlingen er en sosialt akseptert reaksjon på en stressende og ubehagelig situasjon. Et ubehag som forsvinner når han tar makt over situasjonen ved å bruke tvang. For ifølge Vetlesen (2005) er ubehaget mindre ved makt enn ved avmakt. En rimelig tolkning er at faren ved bruk av tvang løser en ambivalens mellom avmakt og den friheten det gir å binde sønnen.

Empati eller sympati som grunn for omsorg

Tvang i eksemplet over er rettet mot atferd og ikke mot et subjekt. Empati derimot, handler om at vi lever i en verden som er befolket av subjekter (Vetlesen & Stänicke, 1999). I fenomenologien er den andres erfaringsliv det grunnleggende ved empati. Forenklet kan vi si at empati er evnen til å føle seg inn i (Einfühlung) en annens livsverden på en deltakende måte (Stein, 1989). Men dette misforstås ofte. Empati utleder ikke en form for fusjon eller «følelse av enhet» som om man har en gjensidig opplevelse av det samme (Stein, 1989).

For å utdype, det å se tristhet i en annens ansikt er noe annet enn selv å være trist eller huske hvordan det er å være trist (Stein, 1989, s. 11). Empati skiller seg fra sympati, projeksjon, medfølelse eller emosjonell smitte ved å erkjenne at tristheten tilhører den andre og ikke er min (Stein, 1989). Derfor handler det ikke om å gjengi eller forutsi den andres tristhet. For

ifølge Halpern (2001, s. 74), kan ikke empati reduseres til en presentasjon av andres følelsesmessige erfaringer som om det er en værvarsling. Vi må la oss påvirkes av pasientens «vær» og forstå hvordan regn og sol føles for den andre. For det er en forskjell mellom å tenke på været, forestille seg været og det å se og føle været.

I forlengelsen av dette kan vi si at i psykisk helsearbeid har vi en tendens til å rette oss mot det å diagnostisere været fremfor opplevelsen av været. For å illustrere; en kvinne forteller 200 medisinstudenter om sin kroniske hodepine (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Hun forteller studentene at hun har levd med en alkoholisert mann som har mishandlet henne. Dessuten har hun tatt vare på sin senile og inkontinente svigermor, og hun er konstant bekymret for tenåringssønnen sin som har droppet ut av skolen. Studentene som har sympati og medfølelse med kvinnen blir likevel utålmodige. For de vil vite den virkelige årsaken til kvinnens hodepine.

Med andre ord; sympati og medfølelse rettes mot lidelsen eller pasienten og ikke personen (Szasz, 1998). Det vil si at vi tildeler følelser eller ideer til en annen, enten de stemmer overens eller ikke med den andres følelser og ideer. Det kan forveksles med empati, men sympati og empati trenger ikke ha det samme innholdet (Stein, 1989, s. 14). Å svare på en annens påstander med sine «automatiske» påstander, er å ha en felles påvirkning, men det er ikke å si at den ene har noen følelse av hva den andre gråter for (Halpern, 2001). Sympati og det å gjenkjenne egen smerte er en del av våre emosjoner, men omsorg er som vi skal se, å aktualisere den andre. Noe som krever empati.

Så hva er omsorg? En forståelse er at det er en prosess der man aktualisere den andre som subjekt og må ikke forveksles med det å ønske den andre vel, like eller ville ta vare på vedkommende (Mayeroff, 1990). Det innebærer at vi må ha interesse og respekt for annerledesheten og bringe vår moralske selvgodhet til taushet (Lingis, 2007, s. 74). Tillat meg å illustrere med et selvopplevd eksempel som de fleste «noviser» kan kjenne seg igjen i. En ung mann som personalgruppa ved et lavterskeltilbud ikke får i tale, kommer en dag og spør om han kan få prate med meg. Litt stolt over at han valgte meg, går vi inn på et samtalerom. Han begynner å fortelle, og jeg parafraser etter beste evne fra samtaleteknikker vi har lært. Jeg får sympati med mannen og vil ham vel når jeg sier «du er en smart ung mann så hvorfor går du ikke bare tilbake til skolen». Med god grunn blir han rasende og roper «ikke fortell meg hva jeg skal gjøre, men lytt til det jeg sier». Så enkelt, jeg aktualiserte ham ikke. Jeg ønsket å vise ham at jeg var en god person og anerkjente ham ikke.

Omsorg derimot, er å søke å forstå den andre og dens livsverden som om vi var på innsiden av den samtidig og respektere at den ikke er vår (Mayeroff, 1990, s. 53). Det innebærer at omsorg krever empatisk interesse for personen der vi må dempe vår iver etter vår egen forståelse av den andre. Omsorg bunner således i et ønske om at mennesker som holdes fast i en hjelpeløs situasjon får rom og en plass i verden – slik at de blir synlige som subjekter (Kalisha & Sævi, 2020). Dette er en etisk fordring fordi i ethvert møte mellom mennesker bør vi ivareta den andres livsmulighet (Martinsen, 2005, s. 145).

Hvis omsorg handler om å aktualisere den andre som subjekt, vil da tvang kunne utføres med omsorg? Tvang kan tilsynelatende virke som omsorg hvis vi legger sympati til grunn, men det er vanskelig å se tvang som omsorg hvis den utføres på bakgrunn av empati. For ifølge Scheler (1954, s. 14) er grusomhet at man er klar over den andres smerte. Men innebærer det at de som utfører tvang er onde eller dårlige mennesker? Eksemplet fra Indonesia viser nødvendigvis ikke at faren er ond, men at han bruker tvang uten empati. Faren oppfyller forventningene til sin rolle som far og beskytter, men er ikke opptatt av personen. Det innebærer ikke å frata ham ansvaret for handlingen som åpenbart er grusom, men mitt poeng er at i stressfulle situasjoner hvor avmaktfølelsen blir for stor tilsløres den etiske fordringen. Man bringer den andre til taushet. I det følgende vil jeg gjøre et forsøk på å argumentere for at i situasjoner med avmakt har vi mange likhetstrekk med den indonesiske faren.

Forråelse og sosiale konvensjoner

Avmaktfølelsen til faren er gjenkjennbart i psykisk helsearbeid i situasjoner med mange ytre og indre stressorer (Husum et al., 2018). Dette viser Birkemose (2013) gjennom hvordan forråelse kan skje i en personalgruppe preget av avmakt og forsvarsmekanismer. Det er når personalet opplever byråkratiske systemer de ikke har kontroll over, og når pasienter gir motstand ved uro eller utagering at «gode mennesker handler ondt». Hvis avmaktfølelsen tar overhånd, så kan det melde seg et behov for sosial kontroll.

Som faren i Indonesia kan vi også oppleve avmakt i stressfulle situasjoner. Vi legger også våre egne normer og sosiale konvensjoner til grunn for handlinger. Som miljøterapeut har jeg selv erfart å søke kontroll i ubehagelige situasjoner. Fremfor å bli kjent med frykten, smerten eller sinnet til den andre gjennom empati, skyves egen opplevelse av ubehag frem. Jeg responderte med motstand ved at min verden overkjører den andres og bringer den andres verden til taushet (jf. Bøe, 2021, s. 31). De forsvarsmekanismer jeg iverksatte er ansett som legitime former for sosial kontroll innen psykisk helsearbeid. Men hva hvis pasung var del av

de sosiale konvensjonene som jeg handlet ut fra? Ville ikke jeg som faren i eksemplet se pasning som løsning på mitt problem? Et ubehagelig, men viktig spørsmål. For det som kjennetegner sosiale konvensjoner er utbredelsen og kontinuiteten, noe som gjør at vi tar de for gitt uten å spørre om opphavet. Praksisen fortsetter fordi alle i gruppen – for eksempel familier og psykisk helsearbeidere – gjør det og har gjort det i lang tid. Det holdes fast ved praksisen selv om den nødvendigvis ikke er nyttig (Talle, 2003).

At sosiale konvensjoner influerer tvangsbruk, er tydelig gjennom faghistorie. Men verken historie eller kultur legitimerer tvang som behandling eller omsorg. Dessuten gjennomføres tvang på et usikkert kunnskapsgrunnlag både vitenskapelig og juridisk (Gøtzsche & Lund, 2016). Tvang er maktbruk som handler om sosial kontroll og bør, ifølge Ekeland (2021, s. 78), derfor ikke omtales som «behandling».

Dette innebærer ikke at tvang for å avverge fysisk fare for liv og helse ses som negativt. Kritikken rettes mot at tvang blir en teknikk som brukes som et middel for å håndtere den andre ved slitsom, krevende eller forstyrrende atferd. Fremfor å svare på den andre personens følelser tyr vi til objektiverende strategier som om den andre er en død gjenstand uten subjektivitet (Laing, 2010, s. 46). Det er en form for depersonalisering som etymologisk betyr «tap av personlighet». Dermed blir det vanskelig å holde fast ved den etiske fordringen.

Ifølge Szasz (1998, s. xvii) er et prinsipielt problem i psykiatri frykten for vold fra «den gale». Noe som fører til at psykiatrien og samfunnet møter denne trusselen med motvold som resulterer i depersonalisering, undertrykkelse og forfølgelse. Heldigvis fremmes i dag erfaringskompetanse, medborgerskap og brukerinvolvering (Sørly et al., 2021), men dessverre er dette foreløpig fraværende i Indonesia.

Rettighetsbasert psykisk helsearbeid

Hvordan kan vi forstå empati, sympati og sosiale og faglige konvensjoner i situasjoner der det brukes ulovlig tvang? Dette er et interessant spørsmål fordi fortellinger fra mennesker som har vært utsatt for overgrep på grunn av psykososiale vansker er mange og smertefulle. Det er færre historier fra de som utøver maktovergrep. For hva tenkte legen som utførte lobotomi, brukte insulinsjokk, sovekur, tanntrekking, kalde eller varme bad som behandling? Eller hva tenker behandlere som i dag skriver ut medikamenter, bruker elektrostimulerende behandling, samtalerterapi eller tvangsmedisinering? Hva slags kunnskapsgrunnlag ligger til grunn for praksiser vi antar er til pasientens beste?

Vi kan finne noen svar ved å studere journalnotater, brev og intervjuer med ansatte i psykisk helsevern for å se hvordan pasienter kommer til ordet i fortellingen om dem selv (Tranøy, 1999; Aaslestad, 2007). Svaret er antakeligvis at ansatte og pårørende opplever å gjøre det som er «til pasientens beste» (Tranøy, 1999). De har sannsynligvis hatt en positiv innstilling til behandlingsformene som de utfører i sin samtid. Et eksempel fra et brev i en pasientjournal i perioden 1941–1950:

Det har i grunn vært liten forandring i Deres sønn N.N.'s tilstand de senere år. Han er ofte urolig og ødeleggende, slik at han må isoleres. En har derfor besluttet seg for å utføre en hjerneoperasjon i håp om å bedre hans tilstand. Selv om det er en viss risiko ved dette inngrep som ved alle større operasjoner, mener vi at det er riktig å forsøke dette. Om man ikke kan vente at han blir helbredet etter et slikt inngrep, håper vi det skulle bedre hans tilstand slik at han kan få en rimeligere tilværelse. (Tranøy, 1999, s. 72–73)

Det å definere andre gir makt og som uten empatisk sensitivitet kan medføre overgrep. Dette gjelder uansett om man er en fattig arbeider i Indonesia eller ansatt i psykisk helsevern. Slik jeg ser det, er det mange likheter i avmaktssituasjoner på tvers av kulturer.

Menneskerettigheter er derfor ikke noe som gjelder kun de andre. Rettigheter har som funksjon i alle land å beskytte autonomien til individer (Vetlesen, 2001, s. 28).

Likevel er vi inne i en positiv utvikling. I psykisk helsearbeid vektlegger mange faggrupper menneskerettighetserklæringen i sin praksis (Karlsson & Borg, 2021, s. 46). Utfordringen er hvordan forankre praksis i menneskerettigheter uten å forsterke selvbedraget politikere og styresmakter har ved å tro at økt sosial kontroll i form av mer dokumentasjon og tilsyn kan redusere unødig tvang. Det er også et selvbedrag hvis man tror at man ikke kjenner til forråelse i slike styringssett forankret i produktivitetstenkning hos seg selv, hos kollegaer eller ledere. Et styringssett som mangler sensitivitetsbasert taus kunnskap i et teknisk-økonomisk språk (Vetlesen, 2001, s. 36). Det er et styringssett som fanger oss i en selvforsterkende prosess med sosial kontroll fremfor omsorg. Redselen for å gjøre feil kan bli overveldende fremfor å gjøre det som er faglig riktig (Karlsson, 2018, s. 181). Med lite rom for empati får forråelse spillerom, som igjen medfører mer behov for dokumentasjon og tilsyn.

Avslutning

Eksemplet fra Indonesia er skremmende, men ikke uvanlig. I Norge har vi også mange historier med uheldig tvangsbruk (Nyttingnes et al., 2016; Storvik, 2017). Det finnes likhetstrekk i hvordan vi handler i avmaktssituasjoner selv om tvangsbruken kommer til

utrykk på forskjellige måter i forskjellige sosiokulturelle situasjoner. Vi kan derfor ikke slå oss til ro med at familier eller fagfolk gjør beslutninger basert på det beste for den andre.

Utdanning og informasjon kan bidra til endring, men det er ikke nok alene for å endre det etablerte kunnskapsgrunnlaget. For å bryte med skadelige praksiser, sosiale konvensjoner og konformitet trenger vi en kritisk masse. Folk med egenerfaring, profesjonelle, pårørende og forskere må løfte frem menneskerettigheter som det bærende prinsipp. Et prinsipp som kan gi grobunn for omsorg for å ivareta den etiske fordringen.

Heldigvis er utviklingen positiv i psykisk helsearbeid i Norge, selv om det går sakte (Karlson, 2016). Brukerstemmen er blitt aktualisert og vi er nå pålagt – for rettigheter må pålegges for at vi skal behandle mennesker som mennesker – å lytte. Som ringer i vannet kan gode praksiser spre seg, og myndighetene må involveres. De må garantere lik anerkjennelse for loven, frihet fra diskriminering, beskyttelse mot ufrivillig forvaring og behandling uten informert samtykke. Norge og andre land bør oppmuntre Indonesia – og norsk psykisk helsevern (Storvik, 2017) – til i større grad å respektere CRPD og prinsippene om likhet, ikke-diskriminering, inklusjon og bidra med å utvikle bærekraftig lokalt psykisk helsearbeid. Tiden er kommet for et paradigmeskifte basert på rettigheter (Pūras, 2008).

Psykisk helsefeltet bør bli menneskerettighetsbaserte (Probert, 2021). Å vedta en rettighetsbasert tilnærming involverer å tilpasse lovene til CRPD (Sugiura et al., 2020). For forskjellen på menneskerettigheter og gode intensjoner om hva som er til pasientens beste er at førstnevnte tar utgangspunkt i menneskers rettigheter og ikke deres defekter, noe som er et betydelig forskjellig utgangspunkt.

Referanseliste

- Birkemose, D. (2013). *Når gode mennesker handler ondt: tabuet om forråelse*. Syddansk Universitetsforlag.
- Broch, H. B. (2001). The Villagers' Reactions Towards Craziness: An Indonesian Example. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 275–305.
<https://doi.org/10.1177/136346150103800301>
- Buanasari, A., Daulima, N. H. C. & Wardani, I. Y. (2018). The experience of adolescents having mentally ill parents with pasung. *Enfermeria clinica*, 28(1), 83–87.
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30043-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30043-3)
- Bøe, T. D. (2021). Demokrati og hjertebank. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 18(1), 25–35.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-04>

- Camus, A. (1998). *Pesten*. Aschehoug.
- Daulima, N. H. C. (2018). Preventing Pasung by mentally ill patients' families. *Enfermeria clinica*, 28(1), 256–259. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30079-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30079-2)
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Gøtzsche, P. C. & Lund, K. (2016). Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk juss (Online)*, 2(2), 118–157. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-4546-2016-02-03>
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*. Oxford University Press.
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D. & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology research and behavior management*, 11, 535–541. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S175251>
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2–03), 98–111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>
- Ilmy, S. K., Noorhamdani, N. & Windarwati, H. D. (2020). Family Burden of Schizophrenia in Pasung During COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), 185–196. <http://dx.doi.org/10.24990/injec.v5i2.315>
- Irwanto, I., Böckenförde, A. F. E., Ayu, A. P., Diatri, H. & Dharmono, S. (2020). Building a strategic alliance to end coercion of people with mental disorders in Indonesia. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e11. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30033-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30033-X)
- Kalisha, W. & Sævi, T. (2020). Å være ingen eller noen – unge enslige asylsøkere om venting på godhet, et sted å leve og muligheten for et liv. I T. Sævi & G. Biesta (red.), *Pedagogikk, periferi og verdi. Eksistensiell dialog om skole og samfunn* (s. 57–76). Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte – i arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. (2018). Markedsliberalistiske forvandlinger i psykisk helsefeltet. I C. Øye, N.Ø. Sørensen & K. Martinsen (Red.), *Å tenke med Foucault*. Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning. Demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. Gyldendal Akademisk.

- Laila, N. H., Mahkota, R., Krianto, T. & Shivalli, S. (2018). Perceptions about pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 35–35. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0216-0>
- Laing, R. (2010). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin UK.
- Lingis, A. (2007). *The first person singular*. Northwestern University Press.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. (5. utg). Akribe.
- Mayeroff, M. (1990). *On caring* (s. xv, 123). Harper Perennial.
- Minas, H. & Diatri, H. (2008). Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-8>
- Nytingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). ‘It’s unbelievably humiliating’—Patients’ expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49(Part A), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Patawari, A., Wihastuti, T. A. & Muslihah, N. (2020). Experience of Community Leaders in Taking off Pasung for People with Mental Disorders in Southeast Sulawesi. *International Journal of Science and Society*, 2(3), 165–176. DOI: [10.54783/ijssoc.v2i3.146](https://doi.org/10.54783/ijssoc.v2i3.146)
- Prastyani, A. (2019). Mental Health Care in Indonesia: Short on Supply, Short on Demand. *New Mandala*. 26 July. <https://www.newmandala.org/mental-health-in-indonesia-short-on-supply-short-on-demand/>
- Probert, J. (2021). Moving toward a human rights approach to mental health. *Community Mental Health Journal*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00830-9>
- Pūras, D. (2008). Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Hentet fra: <https://www.refworld.org/pdfid/5576e0034.pdf>
- Puteh, I., Marthoenis, M. & Minas, H. (2011). Aceh Free Pasung: Releasing the mentally ill from physical restraint. *International journal of mental health systems*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-10>
- Scheler, M. (1954). *The Nature of Sympathy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

- Sharma, K. (2016). *Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>
- Stein, E. (1989). *On the problem of empathy* (3. utg., vol. 3). ICS Publications.
- Storvik, M. (2017). *Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern* [Doktorgradsvhandling]. UiT Norges arktiske universitet.
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S. & Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>
- Szasz, T. (1998). *Cruel compassion: Psychiatric control of society's unwanted*. Syracuse University Press.
- Sørly, R., Karlsson, B. & Sjøfjell, T. L. (2021). *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid*. Universitetsforlaget.
- Talle, A. (2003). *Om kvinneleg omskjering: debatt og erfaring*. Samlaget.
- Tranøy, J. (1999). *"Til pasientens beste": behandling, makt og pasientprotest i norsk psykiatri*. Forum Aschehoug.
- Ulya, Z. (2019). Coercion (pasung) and people with a mental disorder in Indonesia: Bioethics and health law. *International journal of law and psychiatry*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101477>
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. I K. W. Ruytter & A. J. Vetlesen (Red.), *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Gyldendal akademisk.
- Vetlesen, A. J. (2005). *Evil and human agency: Understanding collective evildoing*. Cambridge University Press.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Ad Notam Gyldendal.
- Wu, H. C., Chou, F. H.-C., Ali, M. & Molodynski, A. (2016). Southeast Asia. I A. Molodynski, J. Rugkåsa & T. Burns, (Red.), *Coercion in Community Mental Health Care : International Perspectives*. Oxford University Press.
- Yunita, F. C., Yusuf, A., Nihayati, H. E. & Hilfida, N. H. (2020). Coping strategies used by families in Indonesia when caring for patients with mental disorders post-pasung, based on a case study approach. *General Psychiatry*, 33(1), e100035. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2018-100035>

Aaslestad, P. (2007). *Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler : Gaustad 1890–1990* (2. utg.). Universitetsforlaget.