



Allsherjarþingið

Dreifing:
almenn,
28. mars 2017

Mannréttindaráð

35. fundur

6.-23. júní 2017

3. dagskrárliður

Efling og vernd allra mannréttinda, borgaralegra, stjórnmalalegra, efnahagslegra, félagslegra og menningarlegra réttinda, þar með talið réttinda til þroska

Skýrsla sérstaks skýrslugjafa um réttindi hvers manns til þess að njóta bestu mögulegrar líkamlegrar og andlegrar heilsu

Athugasemd frá aðalskrifstofunni

Í samræmi við ályktun mannréttindaráðs 24/6, er aðalskrifstofunni heiður að því, að senda ráðinu skýrslu sérstaks skýrslugjafa um réttindi hvers manns til þess að njóta bestu mögulegrar líkamlegrar og andlegrar heilsu. Í því skyni að leggja af mörkum til umræðunnar um geðheilbrigði sem forgangsmarkmiðs á heimsvísu, beinir sérstakur skýrslugjafi sjónum að rétti hvers manns til andlegrar heilsu og að sumum af þeim megináskorunum og tækifærum sem eru til staðar, og hvetur til þess að hugað sé að eflingu andlegs heilbrigðis á hverju aldursskeiði og við allar aðstæður. Hann kallar eftir breytingu á viðmiðum, í ljósi endurtekinna mannréttindabrota á geðheilbrigðissviðinu, sem bitnar um of á einstaklingum með vitsmunalega, hugræna og sálfélagslega fötlun.

Sérstakur skýrslugjafi beinir fjölda tilmæla til ríkja og allra hagsmunaaðila um að tekin verði skref í þá átt að geðheilbrigðiskerfi byggist á og séu í samræmi við mannréttindi.



Skýrsla sérstaks skýrslugjafa um réttindi hvers manns til þess að njóta bestu mögulegrar líkamlegrar og andlegrar heilsu

Efni

	<i>Bls.</i>
I. Inngangur.....	3
II. Samhengi	3
III. Heimsbyrði hindrana.....	5
A. Yfirráð líflæknisfræðilega líkansins.....	5
B. Valdaójafnvægi.....	6
C. Hlutdræg beiting þekkingar í geðheilbrigðismálum.....	7
IV. Þróun forskriftar fyrir geðheilbrigði.....	8
V. Ramminn um réttinn til geðheilbrigðis	9
A. Skuldbindingar.....	9
B. Alþjóðlegt samstarf.....	10
C. Þátttaka.....	10
D. Jöfn meðferð	11
E. Ábyrgðarskylda.....	12
F. Út fyrir mörk geðheilbrigðisþjónustu í átt að umönnun og stuðningi.....	12
G. Upplýst samþykki og þvingun.....	14
H. Undirliggjandi og félagslegir ákvörðunarþættir geðheilbrigðis.....	15
VI. Breyting á viðmiðum.....	16
A. Mannréttindaskyldan að baki því að fjalla um eflingu og forvarnir í geðheilbrigðismálum	16
B. Meðhöndlun: frá einangrun til samfélags	17
VII. Ályktanir og tilmæli	19
A. Ályktanir	19
B. Tilmæli	20

I. Inngangur

1. Geðheilbrigði og tilfinningaleg velferð eru forgangsaðherslur sérstaks skýrslugjafa (sjá A/HRC/29/33). Í hverri þemaskýrslu hefur hann leitast við að beina sjónum að geðheilbrigði sem forgangsmáli að því er varðar mannréttindi og þróunarmarkmið í tengslum við þroska á barnsaldri (sjá A/70/213), við unglingsaldur (sjá A/HRC/32/32) og markmið um sjálfbæra þróun (sjá A/71/304).
2. Í þessari skýrslu leggur sérstakur skýrslugjafi út af þessu málefni og kynnir grundvallaratriði þeirra helstu áskorana sem eru uppi og hvaða tækifæri eru fyrir hendi til þess að miða því áleiðis að réttur hvers manns til andlegs heilbrigðis verði að veruleika. Í ljósi umfangs málsins og hversu margslungið það er og þróunar mannréttindarammans og sannreyndrar þekkingar, leitast sérstakur skýrslugjafi við að leggja sitt af mörkum til þeirra þýðingarmiklu umræðna sem framundan eru, þegar geðheilbrigðismál standa ekki lengur í skugganum og eru orðin forgangsmarkmið á heimsvísu.
3. Þessi skýrsla er niðurstaðan af víðtæku samráði fjölda hagsmunaaðila, m.a. fulltrúa samfélags fatlaðs fólks, notenda og fyrrum notenda geðheilbrigðisþjónustunnar, fulltrúa frjálsra félagasamtaka, fagfólks í geðheilbrigðismálum, m.a. fulltrúa geðlæknisfræðinnar, og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO), sérfræðinga fræðasviða, fulltrúa af vettvangi mannréttindaúrræða Sameinuðu þjóðanna og fulltrúa aðildarríkjanna.

Athugasemd varðandi hugtök

4. Hver maður þarfnast þess, ævina á enda, að vera í umhverfi sem styrkir andlega heilsu hans og góða líðan og í því samhengi erum við öll mögulegir notendur geðheilbrigðisþjónustu. Margir ganga stöku sinnum í gegnum skammvinna sálfélagslega erfiðleika eða þjáningar sem útheimta viðbótarstuðning. Sumir glíma við vitsmunalega, hugræna og sálfélagslega fötlun eða eru einhverfir, sem burtséð frá því hvort þeir skilgreina sig þannig sjálfir eða hafa fengið greiningu um það, standa frammi fyrir hindrunum þegar þeir neyta réttar síns, á grundvelli raunverulegrar eða ætlaðrar skerðingar, og eru því í ríkari mæli berskjaldaðir gagnvart mannréttindabrotum á geðheilbrigðissviðinu. Margir kunna að hafa fengið greiningu sem varðar geðheilbrigði eða samsama sig hugtakinu sem um er að ræða, á meðan aðrir velja kannski að skilgreina sjálfa sig með öðrum hætti, m.a. sem einstaklinga sem héldu velli og komust aftur út í samfélagið.
5. Skýrsla þessi gerir greinarmun á notendum þjónustu og einstaklingum með fötlun, á grundvelli þeirra hindrana sem hinir síðarnefndu standa frammi fyrir, að teknu tilliti til þess að án aðgreiningar eru allir réttihafar.

II. Samhengi

6. Þrátt fyrir að ljóst sé að algert heilbrigði sé ekki mögulegt án andlegs heilbrigðis er andlegu heilbrigði hvergi í vörldinni skipaður sami sess og líkamlegu heilbrigði þegar kemur að innlendra stefnumörkun, fjárlögum og menntun og læknismeðferð. Áætlað er að innan við 7 af hundruði framlaga til heilbrigðismála á heimsvísu séu eyrnamerkt geðheilbrigðismálum. Í löndum þar sem þjóðartekjur eru lágar í samanburði er innan við 2 Bandaríkjadöllum varið til málaflöksins á mann.² Í flestum tilvikum er áherslan í fjárveitingum á langtímaumönnun á stofnunum og geðsjúkrahús, sem leiðir til þess að stefnumótun mistekst nær algerlega að stuðla að eflingu andlegrar heilsu sérhvers manns á heildrænan hátt.³ Handahófskennd aðgreining líkamlegrar og andlegrar heilsu og sú einangrun og vanræksla á geðheilbrigði sem fylgir í kjölfarið hefur átt þátt í óverjandi aðstæðum óuppfylltra þarfa og mannréttindabrota A/HRC/34/32, mgr. 11-21), þ.m.t. brotum á réttinum til þess að njóta bestu mögulegrar andlegrar og líkamlegrar heilsu.⁴

1 Sjá WHO, “Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas” (2017).

2 WHO, Mental Health Atlas 2014, bls. 9, og PLOS medicine editors, “The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition”, *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 5 (May 2013).

3 WHO, Mental Health Atlas 2014, bls. 9.

- 4 Sjá einnig Human Rights Watch, “Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia” (March 2016).

7. Gleymd málefni leiða til þess að einstaklingar gleymast. Saga geðlæknisfræði og geðheilbrigðisþjónustu markast af smánarlegum réttindabrotum, s.s. hvítuskurðum (e. lobotomy), sem gerðir voru í nafni læknavísindanna. Frá lokum síðari heimsstyrjaldar og samþykkt mannréttindayfirlýsingarinnar, ásamt öðrum alþjóðlegum samningum, hefur sjónum í auknum mæli verið beint að mannréttindum í tengslum við geðheilbrigði og geðlækningar. Hvort alþjóðasamfélagið hefur hins vegar dregið einhvern lærdóm af þessari sársaukafullu fortíð er álitamál.

8. Geðheilbrigðisþjónusta hefur um áratugaskeið látið stjórnast af smættuðu líflæknisfræðilegu viðmiði sem hefur átt þátt í útilokun, vanrækslu, valdbeitingu og misnotkun einstaklinga með vitsmunalega, hugræna og sálfélagslega fötlun, sem og einhverfra, og þeirra sem í einhverju víkja frá ríkjandi menningarlegum, félagslegum og stjórnmálalegum hegðunarmynstrum. Einkum er pólitísk misnotkun geðlæknisfræði áfram alvarlegt áhyggjuefni. Þó að geðheilbrigðisþjónusta búi við fjársvelti, verður að haga sérhverri aukinni fjárfestingu í ljósi reynslu fortíðarinnar til að tryggja að sagan endurtaki sig ekki.

9. Nútíma skilningur á geðheilbrigði er mótaður af breytingum á viðmiðum sem oft bera keim af blöndu endurbóta og mistaka við umönnun sem reist er á sannreyndri þekkingu og siðferðilegum sjónarmiðum. Upphafið má rekja 200 ár aftur í tímann og til viljans til að losa þá „geðveiku“ í dýflissum fangelsanna úr hlekkjum og síðar til þess er sállækningar, raflostsmeðferðir og geðlyf voru innleidd á 20. öld. Pendúllinn hefur sveiflast milli tveggja öfga; „hugar án heila“ og „heila án hugar“ þegar fengist hefur verið við orsakir og eðli sjúkdóma. Undanfarið hefur verið gengist við takmörkunum þess að beina athygli einungis að sjúkdómafræði, í gegnum rammann um fötlun, og fötlun og góð líðan sett í víðara sambengi við persónulega, félagslega, stjórnmálalega og efnahagslega tilveru.

10. Leitin að jafnvægi milli fyrrgreindra öfga 20. aldar hefur komið skriði á samdrátt í nýtingu stofnana og staðfestingu á jafnvægu, alhliða líkamlegu og sálrænu umönnunarlíkani. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin renndi stöðum undir þessa viðleitni í skýrslu árið 2001 þar sem kallað var eftir nútímalegum ramma um lýðheilsu og lausn geðheilbrigðis og notenda geðheilbrigðisþjónustu undan einangrun, skömm og mismunun.⁵ Eftir því sem rannsóknargrunnur hefur farið stækkandi hefur orðið til þekking sem bendir til að óbreytt ástand, þar sem líflæknisfræðileg inngríp, þ.m.t. geðlyf og ráðstafanir án samþykkis, eru efst á blaði, sé ekki lengur réttlætunlegt í ljósi markmiðsins um eflingu geðheilbrigðis. Mesta þýðingu í þessu sambandi hefur skipulögð viðleitni frjálsra félagasamtaka, einkum hreyfinga undir forystu notenda og fyrrum notenda geðheilbrigðisþjónustunnar og samtaka einstaklinga með fötlun, haft hvað það varðar að vekja athygli á því hvernig hefðbundinni geðheilbrigðisþjónustu hefur mistekist að mæta þörfum þeirra og tryggja réttindi. Þessir aðilar hafa risið gegn driffjöðrum mannréttindabrotum, þróað aðra meðferðarkosti og spunnið nýjan þráð í sögu geðheilbrigðis.

11. Skriðurinn sem komist hefur á fyrir tilstilli frjálsra félagasamtaka í átt að breyttum viðmiðum hefur átt sinn þátt í þróun rammans um mannréttindi á sviði geðheilbrigðis. Samþykkt samningsins um réttindi fatlaðs fólks árið 2006 lagði grundvöllinn að þessari breytingu á viðmiðum, og markmiðið að segja skilið við arfleifðina um mannréttindabrot í geðheilbrigðisþjónustu. Rétturinn til bestu mögulegrar heilsu á stóran þátt í að miða þeirri breytingu áleiðis og er ramminn til að tryggja að réttur sérhvers manns til andlegs heilbrigðis geti gengið fyllilega eftir.

12. Áratug síðar er þróunin enn hæg. Skilvirkir, viðunandi og skalanlegir meðhöndlunarvalkostir eru enn á jaðrinum innan heilbrigðiskerfanna, sú viðleitni að draga úr hlutverki stofnana hefur tafist, fjárveitingar til geðheilbrigðismála beinast áfram aðallega að líftæknilegu líkani og lagabreytingar á sviði geðheilbrigðismála hafa margfaldast, sem grefur undan lögformlegu hæfi og jafnri vernd samkvæmt lögum, þegar fólk með hugræna, vitsmunalega og sálfélagslega fötlun er annars vegar. Í sumum löndum þar sem starfsemi hæla hefur verið lögð niður hefur orðið til dulinn farvegur sem leiðir til heimilisleysis, sjúkrahúsvistar og fangelsunar. Þegar alþjóðleg aðstoð er síðan tiltæk verður niðurstaðan oft endurnýjun stórra sambýla og geðsjúkrahúsa, sem grefur undan framförum.

13. Í opinberri stefnumörkun er áfram litið framhá þýðingu forsendna slæmrar geðheilsu, s.s. ofbeldis, valdsviptingar, félagslegrar útskúfunar og

niðurbrots samfélaga, erfiðra aðstæðna sem eiga sér kerfisbundnar félagshagfræðilegar orsakir og slæmra aðstæðna í vinnu og skólum. Með því að nálgast geðheilbrigði án þess að taka félagslegt, efnahagslegt og menningarlegt umhverfi með í reikninginn, er ekki einungis verið að bregðast einstaklingum með fötlun, heldur láta hjá líða að efla andlegt heilbrigði margra annarra á ýmsum skeiðum ævinnar.

14. Með samþykkt Dagskrár um sjálfbæra þróun til 2030 og vegna nýlegrar viðleitni af hálfu áhrifamikilla aðila á alþjóðavettvangi svo sem WHO, hreyfingarinnar *Movement for Global Mental Health* og Alþjóðabankans, er geðheilbrigði að koma fram á alþjóðavettvangi sem afdráttarlaus skylda þegar þróun lífshjálpar er annars vegar. Dagskráin til 2030 og flest markmið hennar um sjálfbæra þróun varða geðheilbrigði: Með 3. markmiðinu er leitast við að tryggja heilbriggt líf og efla góða líðan á öllum aldurs skeiðum og markmið 3.4 felst í eflingu geðheilbrigðis og velferðar með því að draga úr dánartíðni af völdum sjúkdóma sem ekki berast með smiti. Miklu skiptir til hvaða ráðstafana er efnt í hverju landi þess að nýta þann skrið sem komist hefur á með Dagskránni til 2030, svo rétti til heilbrigðis verði komið á með skilvirkum hætti.

15. Einstakt tækifæri felst í því hversu vel miðar um þessar mundir og þeim framförum sem eru mögulegar. Á þessum tímamarki í sögunni, þegar margvíslegir ferlar eru að renna saman alþjóðlega, leitast sérstakur skýrslugjafi við að leggja sitt af mörkum með útgáfu þessarar skýrslu.

III. Heimsbyrði hindrana

16. Tölur sem gefa til kynna umfang og efnahagslega byrði af völdum „geðraskana“ og eru áhyggjuefni eru skilvirkt tæki til þess að byggja upp geðheilbrigði. Þótt ekki sé umdeilt að bent sé á að milljónir manna víða um heim skorti þjónustu, verður sú nálgun sem nú er ríkjandi undir formerkjum „sjúkdómsbyrði“ til þess að geðheilbrigðiskrísan er rækilega skorðuð innan vébanda líflæknisfræðilega líkansins, sem er of þröngt skilgreint til þess að pláss sé fyrir frumkvæði og viðbrögð þegar þegar geðheilbrigðismál eru til umfjöllunar á innlendum vettvangi og um heim allan. Með því að beina sjónum að meðferð við einstaka sjúkdómsástandi leiðir það óhjákvæmilega til stefnumörkunar, kerfis og þjónustu sem hefur í för með sér takmarkaða, óskilvirka og hugsanlega skaðlega útkomu. Það greiðir síðan aftur fyrir frekari sjúkdómsvæðingu geðheilbrigðis á heimsvísu og dregur athygli stefnumótenda frá því að taka á helstu áhættu- og verndarþáttum, sem bitnar á geðheilbrigði allra. Leggja þarf mat á „heimsbyrði hindrana“ sem hefur orðið til þess að viðhalda óbreyttu ástandi í geðheilbrigðismálum, svo takast megi á við hina stórlega vanræktu þörf fyrir réttindamiðaða geðheilbrigðisþjónustu handa öllum.

17. Þrjár meiriháttar hindranir sem allar styrkja hver aðra eru auðkenndar í eftirfarandi köflum.

A. Yfirráð líflæknisfræðilega líkansins

18. Með líflæknisfræðilega líkaninu er litið á taugalíf fræðilega þætti og ferli sem skýringar að baki geðheilbrigðisástandi og grundvöll íhlutunar. Var það trú manna að líflæknisfræðilegar skýringar, s.s. „efnafræðilegt ójafnvægi“ myndu verða til þess að færa geðheilbrigði nær líkamlegu heilbrigði og lyflækningum, sem smám saman yrði til þess að draga úr skömm.⁶ Það hefur hins vegar ekki gengið eftir og margar af þeim hugmyndum sem styðja líflæknisfræðilega líkanið í geðheilbrigðis meðferð hafa ekki verið staðfestar með frekari rannsóknnum. Greiningartæki á borð við alþjóðlega flokkun sjúkdóma, ICD, og greiningar og tölfræðihandbók geðsjúkdóma, DSM, halda áfram að færa út kvíarnar hvað varðar mæliþætti einstakra sjúkdómsgreininga, oft án þess að fyrir hendi sé traustur fræðilegur grundvöllur.⁷ Gagnrýnendur gjalda varhug við því að offjölgun greiningarflokka þrengrer að mannlegri upplifun með þeim hætti að það geti leitt til takmarkaðri viðurkenningar á mannlegri fjölbreytni.⁸

19. Geðheilbrigði heldur hins vegar áfram að verða fyrir barðinu á of mikilli sjúkdómsvæðingu og hið smættandi líflæknisfræðilega líkan, stutt af geðlæknisfræðinni og lyfjaiðnaðinum,

- 6 Sjá Derek Bolton and Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).
- 7 Sjá Thomas Insel, “Transforming diagnosis” (April 2013), sem hægt er að nálgast á www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.
- 8 Sjá Stefan Priebe, Tom Burns og Tom K.s.J. Craig, “The future of academic psychiatry may be social”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, No. 5 (May 2013).

er ráðandi við klíníska meðhöndlun, í stefnumótun, rannsóknaráætlunum, menntun lækna og fjárveitingum til geðheilbrigðismála um heim allan. Meirihluti fjárveitinga til heilbrigðismála í löndum þar sem þjóðartekjur eru lágar, í meðallagi eða háar í samanburði, fer í of ríkum mæli til þess að fjármagna þjónustu sem byggist á líflæknisfræðilegu líkani geðlæknisfræðinnar.⁹ Einnig er fyrir hendi tilhneiging til þess að fyrsta meðferð fari fram með geðlyfjum, þrátt fyrir aukið magn upplýsinga um að þau séu ekki jafn áhrifarík og áður var talið, að aukaverkanir þeirra séu skaðlegar og þegar um er að ræða þunglyndislyf, einkum gegn vægu þunglyndi, megi rekja ávinning af meðferðinni til lyfleysuáhrifa.¹⁰ Þrátt fyrir þessa áhættu eru geðlyf notuð í auknum mæli í löndum víða um heim þar sem þjóðartekjur eru háar, í meðallagi eða lágar í samanburði.¹¹ Okkur hefur verið talin trú um að besta lausnin á geðrænum vandamálum sé lyf og önnur líflæknisfræðileg inngrip.

20. Sálfélagslega líkanið hefur orðið til sem svar við líflæknisfræðilegu viðmiðunum í formi umönnunar sem grundvöllur er á sannreyntri þekkingu.¹² Með því er horft út fyrir líffræðilega þætti einvörðungu (án þess að þeir séu útilokaðir) og skilningur á því að sálræn og félagsleg reynsla geti verið áhættuþættur fyrir slæma geðheilsu, sem og jákvæð forsenda hvað varðar góða líðan. Í líkaninu getur falist skammtímaíhlutun með litlum tilkostnaði sem unnt er að fella saman við venjulega umönnun. Þegar slíkri íhlutun er beitt á viðeigandi hátt geta þau orðið til þess að valdefla þá sem standa höllum fæti, bætt foreldrafærni og aðra færni, beinst að einstaklingum í þeirra eigin aðstæðum, bætt sambönd þeirra og tengsl við aðra og eftt sjálfstraust og mannlega reisn. Ef heilbrigðiskerfi á að vera í samræmi við rétt sérhvers manns til heilbrigðis verður að finna jafnvægi á milli líflæknisfræðilegu og sálfélagslegu líkananna og inngripanna, og forðast þá handahófskenndu hugmynd að líflæknisfræðileg inngrip séu árangursríkari.¹³

B. Valdaójafnvægi

21. Efling og vernd mannréttinda á sviði geðheilbrigðis er háð því að valdi sé dreift upp á nýtt á klínískum vettvangi, rannsóknarvettvangi og vettvangi opinberrar stefnumótunar. Ákvörðunarvald í geðheilbrigðismálum hefur safnast á hendur þeim sem verja líflæknisfræðilega líkanið, einkum í líffræðilegum geðlækningum þar sem lyfjaiðnaðurinn er bakhjarl. Þetta grefur undan nútímalögmálum heildrænnar umönnunar, stjórnarháttum í geðheilbrigðismálum, nýsköpun og sjálfstæðum þverfaglegum rannsóknum og framsetningu réttindamiðaðrar forgangsröðunar við geðheilbrigðisstefnumörkun.

Alþjóðlegar stofnanir, einkum WHO og Alþjóðabankinn, eru einnig áhrifamiklir hagsmunaaðilar, en hlutverk þeirra og vensl hafa víxláhrif og skarast við hlutverk fagfólks á sviði geðlæknisfræði og lyfjaiðnaðarins.

22. Á framkvæmdarstigi meðhöndlunar rennir valdaójafnvægi stoðum undir forsjárhyggju og jafnvel verklag sem mótað er af hugmyndum feðraveldisins, sem er allsráðandi í sambandinu milli fagfólks í geðlæknisfræði og notenda geðheilbrigðisþjónustu.

Þetta ójafnvægi sviptir notendur valdi og veikir rétt þeirra til að taka ákvarðanir um eigin heilsu og skapar aðstæður þar sem mannréttindabrot geta átt sér stað og eiga sér stað. Lög sem heimila fagfólki í geðlæknisfræði að meðhöndla og vista með valdbeitingu ljá þessu valdi og misnotkun þess lögmæti.

Misbeiting valdaójafnvægis þrífst að hluta til vegna þess að sett lög knýja starfsgreinina og skylda ríkið til þess að grípa til þvingandi ráðstafana.

23. Fagfólk á sviði geðlæknisfræði er öflugur gerandi í stjórnun geðheilbrigðismála og málsvörn fyrir málaflokkinn.

Innlendar geðheilbrigðisáætlanir hafa tilhneigingu til að endurspeglar líflæknisfræðilegar áherslur og eiga til að skyggja á viðhorf og markvissa þátttöku frjálsra félagasamtaka, notenda og fyrrverandi notenda

⁹ Sjá WHO, Mental Health Atlas 2014, bls. 32.

- 10 Sjá Irving Kirsch, “Antidepressants and the placebo effect”, *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, No. 3 (February 2015) og David Healy, “Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?”, *BMJ*, vol. 333 (July 2006).
- 11 Sjá Ross White, “The globalisation of mental illness”, *The Psychologist*, vol. 26 (March 2013).
- 12 Sjá Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, (Leicester, The British Psychological Society, 2014).
- 13 Sjá Nikolas Rose og Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) og Pat Bracken, “Towards a hermeneutic shift in psychiatry”, *World Psychiatry*, vol. 13, No. 3 (October 2014).

geðheilbrigðisþjónustu og sérfræðingar úr ýmsum greinum öðrum en læknisfræði.¹⁴ Í því samhengi hafði *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, sem var útbúin árið 2005 með tilliti til viðmiðunarreglna um mannréttindi á þeim tíma, mikil áhrif á þróun laga um geðheilbrigðismál sem heimiluðu „undantekningar“. Þessar lagalegu „undantekningar“ færðu valdbeitingu í daglegri meðhöndlun í það horf að þykja eðlileg ráðstöfun, sem jók svigrúmið fyrir að mannréttindabrot gætu átt sér stað. Því er það kærkomin þróun að lagasetningin hafi verið tekin aftur til endurskoðunar og úrræðabókin *Resource Book* formlega dregin tilbaka vegna lagarammans sem kom í kjölfarið á samningnum um réttindi fatlaðs fólks.¹⁵

24. Hið óbreytta ástand í geðlækningum, sem nú er við lýði og grundvallast á valdaójafnvægi, leiðir til tortryggni hjá mörgum notendum þess og ógnar og grefur undan orðsþori fagfólks á þessu sviði. Opnar og yfirstandandi umræður meðal fagfólks í geðlæknisfræði um framtíð greinarinnar, þ.m.t. hlutverk hennar í sambandi við aðra hagsmunaaðila, hafa mikla þýðingu.¹⁶ Sérstakur skýrslugjafi fagnar og hvetur til slíkra umræðna á meðal fólks í starfsgreininni og við aðra hagsmunaaðila, og er sannfærður um að viðleitni til þess að setta sjónarmið og framfarir komi öllum til góða, líka geðlæknisfræðinni. Virk þátttaka fagfólks og forystufólks í geðlækningum í breytingum í áttina að réttindamiðaðri geðheilbrigðisstefnu og þjónustu er mikilvægur þáttur í jákvæðum breytingum á geðheilbrigðissviði um heim allan.

25. Viðteknar venjur sem byggja á smættaðri líflæknisfræðilegri túlkun á flóknum málefnum sem tengjast geðheilbrigði eru ráðandi við stefnumörkun í geðheilbrigði og geðheilbrigðisþjónustu, jafnvel þótt ekki liggi fyrir rannsóknir þeim til stuðnings. Einstaklingar með sálfélagslega fötlun eru áfram taldir hættulegir, þótt skýr merki séu um að þeir séu frekar fórnarlömb en gerendur í ofbeldismálum.¹⁷ Að sama skapi er geta þeirra til þess að taka ákvarðanir dregin í efa, margir afskrifaðir sem óhæfir og þeim neitað um réttinn til þess að taka ákvarðanir í eigin málum. Þessari staðalímynd er nú splundrað aftur og aftur, þegar fólk sýnir að það getur búið sjálfstætt eftir valdeflingu með viðeigandi réttarvernd og stuðningi.

26. Valdaójafnvægið hefur vaxið enn frekar með fjárhagslegu bolmagni lyfjaiðnaðarins og bandalagi við hann.

Þar sem skortur er á fjármagni til rannsókna og nýsköpunar, fyllir lyfjaiðnaðurinn í eyðurnar með litlu gagnsæi í samþykkisferlinu fyrir lyf eða vafasömum tengslum við fagfólk í heilbrigðisgæslu eða þjónustuveitendur.

Samhengi þetta útlistar hvernig oftrú á líflæknisfræðilega líkanið við stefnumótun hefur gengið of langt og er nú orðið svo ómóttækilegt fyrir breytingum.¹⁸

C. Hlutdræg beiting þekkingar í geðheilbrigðismálum

27. Sá þekkingargrunnur sem unnt er að byggja á til stuðnings íhlutun vegna geðheilbrigðis hefur valdið vandkvæðum í gegnum tíðina. Sú staða er enn við lýði þar sem þekking sem rennir stoðum undir virkni geðlyfja og annarra líflæknisfræðilegrar geðheilsuáhlutunar er véfengd í sífellt meira mæli, bæði frá vísindalegu sjónarmiði og sjónarmiði þekkingar sem grundvöllur er á reynslu.¹⁹ Ekki er deilt um að slík

¹⁴ Sjá WHO MiNDbank, sem unnt er að nálgast í www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

¹⁵ Sjá www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

¹⁶ Sjá Heinz Katschnig, “Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession”, *World Psychiatry*, vol. 9, No. 1 (February 2010).

¹⁷ Sjá Jillian K. Peterson o.fl., “How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?”, *Law and Human Behavior*, vol. 38, No. 5 (April 2014).

- 18 Sjá Ray Moynihan, Jenny Doust og David Henry, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”, *BMJ*, vol. 344 (May 2012).
- 19 Sjá Peter Tyrer og Tim Kendall, “The spurious advance of antipsychotic drug therapy”, *The Lancet*, vol., No. 9657 (January 2009); Lex Wunderink o.fl., “Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy”, *JAMA Psychiatry*, vol. 70, No. 9 (2013); Joanna Le Noury o.fl., “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *BMJ*, vol. 351 (September 2015); og Andrea Cipriani o.fl., “Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis”, *The Lancet*, vol., 388, No. 10047 (August 2016).

íhlutun geti verið árangursrík meðferð við tilteknu ástandi, en vaxandi áhyggjur af ofávísun og ofnotkun eru uppi í tilvikum þar sem þörfin er ekki fyrir hendi.²⁰ Lengi hefur tíðkast að lyfjafyrirtæki upplýsi ekki um neikvæðar niðurstöður lyfjaprófana, sem hefur leitt til þess að þekkingargrunnurinn sem grundvallar notkun þeirra er falinn. Þannig er heilbrigðisstarfsfólki og notendum meinaður aðgangur að þeim upplýsingum sem nauðsynlegar eru til að taka upplýstar ákvarðanir.²¹

28. Einnig hafa öflugir aðilar áhrif á rannsóknarvettvanginn, sem aftur hefur áhrif á stefnumótun og innleiðingu þekkingar. Vísindarannsóknir á geðheilbrigði og stefnumið halda áfram að líða vegna skorts á fjölbreytni við fjárveitingar og beina áfram sjónum að taugalíffræðilega líkaninu. Einkum hefur fræðasamfélagið á sviði geðlæknisfræði óvenjumikil ítök, sem hefur áhrif á stefnumótendur við úthlutun fjárveitinga og á leiðbeiningarreglur fyrir stefnu í geðheilbrigðismálum og þjónustu. Fræðasamfélagið á sviði geðlækninga hefur einkum takmarkað rannsóknaráætlanir sínar við líffræðilega ákvörðunarþætti geðheilbrigðis. Þessi hlutdrægni er einnig ráðandi við kennslu í læknadeildum, og takmarkar flutning þekkingar yfir til næstu kynslóðar fagfólks og sviptir það möguleikanum á skilningi á þeim ýmsu þáttum sem hafa áhrif á geðheilsu og eiga þátt í að stuðla að bata.

29. Líflæknisfræðileg hlutdrægni veldur töf á því að þekking sem kemur fram sé notuð til upplýsingar við stefnumótun og framkvæmd, sem er áhyggjuefni.

Um áratugaskeið hefur byggst upp grunnur sannreyndrar þekkingar og á grundvelli reynslu og vísindarannsókna sem rennir stöðum undir sálfélagslega og batamiðaða þjónustu og stuðning og valkosti án valdbeitingar við núverandi þjónustu. Án kynningar og fjárfestingar í slíkri þjónustu og þeim hagsmunaaðilum sem eru að baki henni verður hún áfram jaðarsett og ekki geta leitt til þeirra breytinga sem hún gefur fyrirheit um.

IV. Þróun forskriftar fyrir geðheilbrigði

30. Samþykktir WHO skilgreina heilsu sem „algera líkamlega, andlega og félagslega velferð, en ekki eingöngu ástand þar sem sjúkdómar eða veikindi eru ekki fyrir hendi“. Ýmsir líffræðilegir, félagslegir og sálfræðilegir þættir hafa áhrif á geðheilsu, jafnt og aðra heilsu.²² Með þessari vitneskju geta þeir sem skyldan hvílir á betur áttað sig á samsvarandi skyldum sínum til þess að virða, vernda og uppfylla rétt sérhvers manns til andlegrar heilsu. Í flestum núverandi umræðum um geðheilbrigði og mannréttindi hefur áherslan verið á upplýst samþykki í tengslum við meðhöndlun við geðsjúkdómum.

Þó að slík umræða hafi mikla þýðingu, hefur hún orðið til vegna kerfislægra misbresta á því að rétturinn til andlegrar heilsu njóti verndar og að meðferðarkostir án valdbeitingar séu fyrir hendi.

31. Sú forskrift í tengslum við geðheilbrigði sem er að þróast varðar nán tengsl milli réttarins til heilsu, og réttarins á aðgangi að þeim ákvörðunarþáttum sem eru undirliggjandi hvað þennan rétt varðar, og frelsisins til þess að ráða eigin heilsu og líkama. Einnig eru tengsl við réttinn til lífs, réttinn til að njóta friðhelgi og virðingu fyrir lögformlegu hæfi.

Þó að upplýst samþykki sé nauðsynlegt við meðferð sem er í samræmi við réttinn til heilsu, er lögformlegt hæfi skilyrði samþykkis og því ber að greina það frá andlegu hæfi.

Rétturinn til heilsu felur einnig í sér réttinn til þess að vera hluti af einni heild og til meðferðar í nærsamfélaginu með þeim stuðningi sem við á til þess að geta búið sjálfstætt og neytt þeirra réttinda sem fylgja lögformlegu hæfi (sjá til dæmis E/CN.4/2005/51, mgr. 83-86 og A/64/272, mgr. 10).²³ Svípting lögformlegs hæfis leiðir oft til frelsissvíptingar og þvingaðrar læknismeðferðar, sem vekur spurningar, ekki bara að því er varðar bann við óréttmætri fangelsun og grimmilegri, ómannúðlegri meðferð, heldur líka varðandi réttinn til heilbrigðis.

32. Áður en samningurinn um réttindi fatlaðs fólks var samþykktur voru ýmsir óbindandi gerningar ríkjum til leiðsagnar við að auðkenna skyldur sínar til þess að vernda réttindi fatlaðra einstaklinga þegar um meðhöndlun er að ræða (sjá ályktanir allsherjarþingsins 37/53,

46/119 og 48/96).

Þótt sumir þeirra hafi viðurkennt mikilvæg réttindi og

-
- 20 Sjá Ray Moynihan, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”.
 - 21 Sjá Irving Kirsch og fl., “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine* (February 2008).
 - 22 Sjá WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020 (2013), bls. 7.
 - 23 Sjá einnig Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law, mgr. 13.

staðla, var verndin sem þeir mæltu fyrir um oft orðin tóm þegar kom að daglegri meðhöndlun (sjá E/CN.4/2005/51, mgr. 88-90 og A/58/181).

Þar sem rétturinn til heilsu tryggir vernd gegn mismunun, þvingaðri meðferð og frelsissviptingu, ber einnig að skilja hann sem svo að hann tryggi réttinn til meðferðar í nærsamfélaginu og til þess að vera hluti af heildinni.

Misbrestur á því að tryggja þau réttindi og annað frelsi er helsti aflvaki valdbeitingar og frelsissviptingar.

33. Nefndin um réttindi fatlaðs fólks leggur áherslu á að lögformlegt hæfi sé virt, sem og algert bann við nauðungarvistun á grundvelli skerðingar og bann við meðferð með þvingunum (sjá A/HRC/34/32, mgr. 22-33).²⁴ Ástæðan er sú að réttargæslureglur duga ekki einar og sér, sem leiðir til kröfu um aukna áherslu á aðra valkosti sem ekki krefjast valdbeitingar og réttinn til þess að vera hluti af nærsamfélaginu í því skyni að tryggja rétt fatlaðra einstaklinga. Þótt ramminn sé í þróun hefur ekki verið tekið upp algert bann við nauðungarvistun og meðferð, sem nefndin orðar, alls staðar á vettvangi mannréttinda. Þar á meðal ná nefna undirnefnd um varnir gegn pyndingum og annarri grimmilegri, ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð eða refsingu (sjá CAT/OP/27/2), Committee Against Torture²⁵ og mannréttindanefndina.²⁶ Hins vegar er túlkun þeirra á undantekningum sem beitt er til þess að réttlæta þvingun þrengri, sem gefur til kynna að þetta atriði sé óútrætt. Í grundvallarreglum og leiðbeiningum Sameinuðu þjóðanna um úrræði og málsmeðferð um rétt allra sem sviptir eru frelsi til að höfða mál fyrir dómstólum, studdi vinnuhópur um óréttmæta fangelsun einkum ákvæði samningsins um réttindi fatlaðs fólks varðandi vernd vegna banns við óréttmætri fangelsun (sjá A/HRC/30/37, mgr. 103-107).

34. Á þessari stundu er uppi þrátefli um hvernig skyldum sem varða meðhöndlun án samþykkis er hrint í framkvæmd, í ljósi ákvæða samningsins um réttindi fatlaðs fólks, þar sem mismunandi túlkun er fyrir hendi á ýmsum samstarfsvettvangi alþjóðlegra mannréttinda. Sérstakur skýrslugjafi hefur fylgst með þessari þróun og vonast til þess að unnt sé að ná sátt um að stefna að eflingu geðheilbrigðisstefnumiða og geðheilbrigðisþjónustu, án tafar. Hann leitast við að taka virkan þátt í því ferli og mun mögulega gefa út aðra skýrslu um árangurinn sem náðst hefur.

V. Ramminn um réttinn til geðheilbrigðis

A. Skuldbindingar

35. Sáttmálinn um efnhagsleg og félagsleg réttindi setur fram lagalega bindandi ramma um réttinn til þess að njóta bestu mögulegrar andlegrar heilsu. Rammanum til fyllingar eru lagareglur sem komið var á, m.a. með samningnum um réttindi fatlaðs fólks, samningi um afnám á öllu misrétti gegn konum og samningi um réttindi barnsins.

Ríki sem eiga aðild eru skuldbundin til að virða, vernda og uppfylla réttinn til andlegrar heilsu í innlendum lögum, reglugerðum, stefnumótun, fjárveitingum, áætlunum og öðru sem þau hafa forgöngu um.

36. Rétturinn til andlegrar heilsu felur bæði í sér tafarlaugar skyldur og kröfur um að gripið sé til vísitandi, raunhæfra og markvissra aðgerða til þess að láta aðrar skuldbindingar verða að veruleika smám saman.²⁷ Ríki verða að nota viðeigandi vísa og viðmið til þess að styðjast við og fylgjast með framvindunni, þ.m.t. hvað það varðar að draga úr læknisráðstöfunum þar sem þvingun er beitt. Vísar skulu sundurliðaðir, m.a. eftir kyni, aldri, kynþætti og þjóðerni, fötlun og félagshagfræðilegri stöðu. Ríki verða að verja því hámarksfjármagni sem tiltækt er í þágu réttarins til heilbrigðis, en samt nema útlát til geðheilbrigðis á heimsvísu, minna en 10 af hundræði þess fjár sem varið er til líkamlegrar heilsu.

²⁴ Sjá einnig Convention on the Rights of Persons with Disabilities, gr. 12 og 14, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 og leiðbeiningar um 14. gr.

sáttmálans.

- 25 Sjá CAT/C/FIN/CO/7, mgr. 22-23; CAT/C/FRA/CO/7, mgr. 29-30; CAT/C/AZE/CO/4, mgr. 26-27; og CAT/C/DNK/CO/6-7, mgr. 40.-41.
- 26 Sjá general comment No. 35 (2014) on liberty and security of person.
- 27 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, gr. 2 (1).

37. Sumar skuldbindingar eru ekki til þess fallnar að verða að veruleika smám saman og koma því til framkvæmda tafarlaust, m.a. tilteknar skuldbindingar sem tengjast frelsi og grunnskyldum. Með grunnskyldum er m.a. átt við landsáætlanir um almenna heilsueflingu og aðgengi að þjónustu án mismununar.²⁸ Hvað réttinn til andlegs heilbrigðis varðar kemur hann inn í myndina við þróun landsáætlunar um almenna heilsueflingu þar sem haft er að leiðarljósi að hverfa frá meðferð með valdbeitingu og færa í átt að jöfnum aðgangi að réttindamiðaðri geðheilbrigðisþjónustu, þ.m.t. sanngjarnri dreifingu þjónustu innan samfélagsins.

B. Alþjóðlegt samstarf

38. Alþjóðlegir samningar viðurkenna skylduna til alþjóðlegs samstarfs vegna réttarins til heilbrigðis og sú ábyrgð er styrkt enn frekar með skuldbindingu um samstarf á heimsvísu um sjálfbæra þróun í markmiði um sjálfbæra þróun nr. 17. Sérstök skylda hvílir á ríkjum sem hafa hærri þjóðartekjur í samanburði við önnur til þess að veita löndum þar sem þjóðartekjur eru lægri aðstoð, að því er varðar réttinn til heilbrigðis, þ.m.t. andlegs heilbrigðis.

Tafarlaus skylda til þess að forðast þróunarsamvinnu sem styður geðheilbrigðisþjónustu með mismunun, eða þar sem ofbeldi, pyndingar og önnur mannréttindabrot eiga sér stað, er fyrir hendi.

Réttindamiðuð þróunarsamvinna á að styðja jafnvæga heilsueflingu og sálfélagslega íhlutun og aðra valkosti við meðhöndlun, sem boðið er upp á í nærsamfélaginu til þess að vernda einstaklinga með skilvirkum hætti gegn umönnun sem felur í sér mismunun og handahófskennda umönnun eða umönnun sem er óhófleg, óviðeigandi og/eða hefur ekki tilætluð áhrif.

39. Í ljósi þeirrar skyldu er það áhyggjuefni að geðheilsa sé enn vanrækt í þróunarsamvinnu og annarri alþjóðlegri stefnumótun um heilbrigðisfjármögnun.

Á árunum 2007 til 2013 var aðeins einum hundraðshluta alþjóðlegrar heilbrigðisaðstoðar varið í andlega heilsu.²⁹ Þegar upp kemur neyðarástand í mannúðarmálum verður alþjóðlegur stuðningur að felast í sálfélagslegum stuðningi líka, í því skyni að efla seiglu andspænis gríðarlegu mótlæti og þjáningu. Annars staðar, þar sem aðstoð hefur verið veitt, hefur áherslan verið lögð á að bæta þau geðsjúkrahús og langtímaumönnun og aðstöðu sem er til staðar, en er í grundvallaratriðum ósamrýmanleg hugmyndum um mannréttindi.³⁰

40. Alþjóðleg aðstoð og samvinna felst einnig í tæknilegri aðstoð við réttindamiðaða geðheilsustefnu og framkvæmd. WHO QualityRights framtakið er lofsvert dæmi um slíka tæknilega aðstoð.

Sérstakur skýrslugjafi fagnar einnig nýlegum stuðningi Alþjóðabankans og WHO við að andlegt heilbrigði sé gert að miðdepli þróunaráætlana á heimsvísu.

Hann minnir hins vegar á að aðgerðir á heimsvísu af því tagi verði að taka til mannréttinda í heild.

Einkum ættu marghliða stofnanir að setja í forgang að tryggja að þeir sem eru í hvað viðkvæmasti stöðu, s.s. einstaklingar sem glíma við fötlun, öðlist réttinn til heilbrigðis.

Alheimsáætlun með áherslu á kvíða og þunglyndi (sem eru algeng geðheilbrigðisvandamál) kann að endurspeglar misbrestinn á því að gert sé ráð fyrir þeim sem þurfa mest á réttindamiðuðum breytingum í geðheilbrigðisþjónustu að halda. Sértekur dagskrár af því tagi styrkja mögulega starfshætti sem byggjast á sjúkdómsvæðingu mannglegra viðbragða og taka ekki nægilega á kerfistengdum viðfangsefnum á borð við fátækt, ójöfnuð, staðalímyndir kynjanna og ofbeldi.

41. Ríki eru skuldbundin til þess að vernda gegn skaða af völdum þriðja aðila, m.a. einkageirans, og ættu að vinna að því að tryggja að einkaaðilar leggi sitt af mörkum til þess að rétturinn til geðheilbrigðis gangi eftir, en skilji jafnframt hlutverk sitt og skyldur í því tilliti

til fulls.

C. Þátttaka

42. Leiðin til þess að ná fram réttinum til heilbrigðis með skilvirkum hætti útheimtir þátttöku allra, einkum þeirra sem búa við fátækt og í viðkvæmum aðstæðum, í ákvarðanatöku á lagasetningarstigi, við stefnumótun og á samfélags- og geðheilbrigðisþjónustustigi. Svo unnt sé að gera íbúa bera til þátttöku sem hefur gildi í ákvörðunum um heilsu þeirra og góða líðan, þarf

- ²⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health, mgr. 43-45.
- ²⁹ Seth Mnookin, “Out of the shadows: making mental health a global development priority”, World Bank Group og WHO (2016), bls. 13.
- ³⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 5, mgr. 15.

þátttöku þvert á geira þar sem allir eru með, ásamt hagsmunaaðilum, s.s. notendum, og fyrrverandi notendum geðheilbrigðisþjónustu, stefnumótendum, þjónustuveitendum, heilbrigðisstarfsmönnum, félagsráðgjöfum, lögfræðistéttinni, lögreglu, umönnunaraðilum, fjölskyldumeðlimum og samfélaginu almennt.

43. Heilbrigðissviðið verður að styrkja notendur sem rétthafa sem nýta sér sjálfstæði og taka með þýðingarmiklum og virkum hætti þátt í öllum málum sem tengjast þeim, og taka sjálfir ákvörðun um valmöguleika sem varða þeirra eigin heilsu, þ.m.t. kynheilbrigði og æxlunarheilsu, og eigin meðferð, með viðeigandi stuðningi er þörf krefur.

44. Þátttaka í geðheilbrigðisþjónustu er tiltölulega nýtt fyrirbæri og flóknari en ella vegna djúpstæðs valdaójafnvægis innan heilbrigðiskerfanna.³¹ Mikilvægt er að greiða fyrir valdeflingu einstaklinga, einkum þeirra sem glíma við vissar geðheilbrigðisþarfarir, með stuðningi í gegnum frumkvæði þeirra eigin talsmanna, jafningjastuðningsnet, þríhliða samtal og annað frumkvæði talsmanna notenda, auk nýrra vinnubragða á borð við samvinnuverkefni, sem tryggja þátttöku sem skilar einhverju og er dæmigerð fyrir aðstæður í þróun og veitingu heilbrigðisþjónustu. Í því sambandi er mikilvægt að skapa rými fyrir frjáls félagasamtök og stuðningur við starfsemi félagasamtaka skiptir öllu í því skyni að endurheimta traust á milli umönnunaraðila og rétthafa sem nota þjónustuna.

D. Jafnræði

45. Alþjóðleg mannréttindalöggjöf tryggir rétt til jafnræðis þegar kemur að aðgengi að og veitingu geðheilbrigðisþjónustu og undirliggjandi ákvörðunarþáttum heilbrigðis.³² Rétturinn til heilbrigðis er einnig háður jafnrétti og jafnræði þegar allra annarra mannréttinda nýtur við sem einnig má telja til hinna undirliggjandi ákvörðunarþátta.³³

46. Margvíslegar gerðir mismununar sem skarast halda áfram að koma í veg fyrir að einstaklingar, m.a. konur og fólk af kynþáttum eða þjóðerni í minnihluta, sem glíma við fötlun öðlist rétt til andlegs heilbrigðis. Mismunun og ójafnræði eru hvort tveggja orsök og afleiðing slæmrar andlegrar heilsu, sem hefur langtímaáhrif að því er varðar sjúkdóms- og dánartíðni og góða samfélagslega líðan.³⁴ Mismunun, skaðlegar staðalímyndir (m.a. kynjanna) og skömm í samfélaginu, fjölskyldunni, skólum og á vinnustað, rýfur heilbrigð sambönd, félagsleg tengsl og stuðningsríkt umhverfi án aðgreiningar sem verður að vera fyrir hendi svo góð geðheilsa og góð líðan hvers manns geti orðið að veruleika. Að sama skapi eru viðhorf sem litast af mismunun og hafa áhrif á stefnumótun, lagasetningu og starfsvenjur, hindranir fyrir þá sem þurfa tilfinningalegan og félagslegan stuðning og/eða meðhöndlun. Af því leiðir að einstaklingar og hópar í viðkvæmum aðstæðum sem verða fyrir mismunun í lagasetningu og/eða í reynd, eru sviptir réttinum til andlegs heilbrigðis.

47. Mismunun, *de jure* og *de facto*, hefur enn áhrif á geðheilbrigðisþjónustu, og sviptir notendur margvíslegum réttindum, þ.m.t. réttinum til þess að hafna meðhöndlun, lögformlegu hæfi og öðrum borgaralegum og stjórnmalalegum réttindum.

Hlutverk geðlæknisfræði og annarra geðheilbrigðisstarfsgreina er sérlega mikilvægt og gera þarf ráðstafanir svo tryggja megi að meðhöndlun þeirra ýti ekki undir skömm og mismunun.

48. Þá er þýðingarmikið að viðurkenna hið flókna hlutverk sem greining geðsjúkdóms gegnir í lífi fólks. Í augum margra eru greiningarflokkar gagnlegir þar sem þeir veita aðgang að þjónustu og aukinn skilning á eigin geðheilsu, en í augum annarra eru þeir óhjálplegir og til þess fallnir að ýta undir skömm. Geðheilbrigðisgreiningar hafa verið misnotaðar í því skyni að sjúkdómsvæða sérstæði (e. identity) einstaklinga og aðra fjölbreytni, þ.m.t. er sú tilhneiging að sjúkdómsvæða mannlegt hugarangur.

³¹ Sjá Judi Chamberlin, “User/consumer involvement in mental health service delivery”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, No. 1 (March 2005).

³² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, mgr. 18; A/61/338, mgr. 18 og samningur um réttindi fatlaðs fólks, mgr. 25 og 26.

- 33 Sjá Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20 (2009) on non-discrimination in economic, social and cultural rights.
- 34 Sjá Kate Pickett og Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, (London, Penguin Books, 2010).

Sjúkdómsvæðing lesbía, samkynhneigðra, tvíkynja, transgender og einstaklinga af millikyni smættar sérstæði (e. identity) þeirra og gerir að meini, sem eykur enn á smán og mismunun.

49. Vandamálið felst ekki í því að greina einstaklinga heldur í mismunun sem einstaklingur með greiningu verður fyrir, sem kann að valda meiri skaða en greiningin sjálf.

Fólk þjáist oft meira vegna þess mynsturs „umönnunar“ sem litast af mismunun eða er óviðeigandi fyrir viðkomandi, en vegna náttúrulegra afleiðinga geðheilbrigðisvandamála.

50. Túlka verður margvísleika í víðara samhengi og bera kennsl á fjölbreytni mannlegrar upplifunar og þá mismunandi máta sem fólk hefur á því að vinna úr og upplifa lífið. Virðing fyrir margvísleika ræður úrslitum um það að bundinn verði endi á mismunun.

Hreyfingar undir forystu jafningja og sjálfshjálparhópar, sem gera auðveldara að normgera mannlega upplifun sem talin er frábrugðin, stuðla að umburðarlyndari, friðsamari og réttlátari samfélögum.

E. Ábyrgðarskylda

51. Ábyrgð á réttinum til þess að njóta andlegs heilbrigðis veltur á þremur þáttum: a) eftirliti, b) sjálfstæðri og óháðri endurskoðun, svo sem með réttarfarlegri meðferð, af hálfu úrskurðaraðila, pólitískra aðila og stjórnsýsluaðila, auk félagslegrar ábyrgðar og c) úrræðum og úrbótum. Með ábyrgðarskyldu fá réttahafar tækifæri til þess að skilja hvernig þeir sem bera skylduna hafa innt hana af hendi og krefjast úrbóta ef réttur hefur verið brotinn. Einnig gerir þetta þeim sem skyldan hvílir á kleift að skýra athafnir sínar og gera úrbætur ef þörf krefur.

52. Með samþykkt samningsins um réttindi fatlaðs fólks opnaðist á alþjóðavettvangi nýr farvegur fyrir ábyrgðarskyldu að því er varðar réttinn til andlegs heilbrigðis einstaklinga með sálfélagslega, hugræna og vitsmunalega fötlun. Á landsvísu er gangvirki ábyrgðarskyldunnar að því er varðar réttinn til andlegs heilbrigðis hins vegar oft ekki til þess fallið að þjóna tilgangi sínum. Sérstakt áhyggjuefni er aukin tíðni málsmeðferðar fyrir sérstökum dómstólum vegna geðheilbrigðismeðferðar, sem í stað þess að vera vettvangur ábyrgðarskyldu, ljær valdbeitingu lögmæti og einangrar einstaklinga innan geðheilbrigðiskerfisins enn frekar, og hindrar þá í því að geta sótt rétt sinn. Þrátt fyrir lofsverða viðleitni af hálfu nokkurra aðila á landsvísu til þess að vernda, eru mannréttindabrot í geðheilbrigðisþjónustu algeng og eiga sér stað án þess að refsingar liggi við þeim.³⁵ Einstaklingar hafa oft takmarkaðan aðgang að réttarkerfinu, þ.m.t. sjálfstæðum leiðum til þess að knýja fram ábyrgð. Getur sú staða komið upp við sviptingu á lögformlegu hæfi og viðkomandi einstaklingur þekkir rétt sinn aðeins að takmörkuðu leyti, þegar aðgangur að lögfræðiaðstoð er ekki fyrir hendi, eða einfaldlega vegna þess að eftirlit með kæruleiðum er ekki til staðar.

53. Samningurinn kveður á um að öll geðheilbrigðisþjónusta sem ætluð er fyrir fatlað fólk skuli sæta skilvirku eftirliti af hálfu sjálfstæðra eftirlitsaðila (mgr. 16.3). Fella verður mannréttindi inn í öll viðmið fyrir eftirlits- og endurskoðunarmedferð á sviði geðheilbrigðis. Sérstakur skýrslugjafi hvetur innlendar mannréttindastofnanir til þess að gefa réttinum til andlegs heilbrigðis gaum við eftirlit sitt og kynningarstarf. Einstaklingar sem hafa viðeigandi reynslu, fjölskyldur þeirra og frjáls félagasamtök ættu að taka þátt í að þróa og innleiða eftirlitsráðstafanir og ábyrgðarskyldu.

F. Út fyrir mörk geðheilbrigðisþjónustu í átt að umönnun og stuðningi

54. Rétturinn til andlegs geðheilbrigðis útheimtir aðstöðu fyrir umönnun og stuðning og vörur og þjónustu sem er tiltæk, aðgengileg, viðunandi og í gæðaflokki. Réttindamiðuð umönnun og stuðningur við geðheilbrigði er óaðskiljanlegur hluti heilbrigðisþjónustu fyrir alla.

- ³⁵ Sjá Association for the Prevention of Torture, “Monitoring psychiatric institutions” Jean-Jacques Gautier NPM symposium outcome report (2016), fánlegt á www.ap.t.ch/content/files_res/report-jig-symposium-2016-en.pdf.

Tiltæk þjónusta

55. Gera verður fullnægjandi geðheilbrigðisþjónusta tiltæka. Í mörgum löndum byggir takmarkað framboð á geðheilbrigðisumönnun og félagslegri umönnun á þröngt skilgreindu líflæknisfræðilegu líkani og stofnanavæðingu. Aukning í umönnun má ekki leiða til aukningar í óviðunandi umönnun.

Umönnun sem er í samræmi við réttinn til heilbrigðis verður að fela í sér breiðan stofn samþættrar og samræmdrar þjónustu til eflingar, fyrirbyggjandi aðgerða, meðferðar, endurhæfingar, umönnunar og bata og viðkvæðið um „hlutfallslega aukningu“ verður að víkja fyrir „þverlægrri aukningu“ geðheilbrigðisráðstafana. Á það við um geðheilbrigðisþjónustu sem er samþætt grunnheilbrigðisþjónustu og almennri heilsuvernd, sem styður snemmbæra greiningu og íhlutun, og býður þjónustu sem ætlað er að styðja fjölbreytt samfélag fólks.³⁶ Efla verður sálfélagslega íhlutun sem grundvöllur er á sannreyndri þekkingu og þjálfá heilsugæslufólk í nærumhverfinu til þess að annast hana.³⁷ Þjónustan verður að styðja réttindi einstaklinga með vitsmunalega, hugræna og sálfélagslega fötlun og einhverfa einstaklinga, svo þeir geti búið sjálfstætt en verið hluti af samfélaginu um leið, í stað þess að þeim sé haldið aðskildum inni á óviðunandi umönnunarstofnunum.

56. Margar þjóðir standa frammi fyrir skorti á mannafla til starfa í geðheilbrigðiskerfinu og verða að gera ráðstafanir til þess að koma upp vinnuafli, þ.m.t. sérhæfðu heilbrigðisstarfsfólki og starfsfólki án sérhæfingar, heimilislæknum og heilsugæslustarfsfólki, auk annarra faglærðra starfsmanna s.s. kennara, félagsráðgjafa og fleiri stuðningsfulltrúa með viðeigandi verkþekkingu (þ.m.t. þekkingu á mannréttindum).

Aðgengi

57. Geðheilbrigðisþjónusta verður að vera aðgengileg, bæði í fjárhagslegu og landfræðilegu tilliti, samkvæmt sjónarmiðum um jafnræði. Í mörgum löndum með lágar þjóðartekjur í samanburði, eða tekjur í meðallagi, er þjónustan samsöfnuð í helstu borgum og þar með óaðgengileg fjölmönnum hópi íbúa. Vandamálið er aðkallandi í löndum þar sem of mikil áhersla er lögð á aðskildar stofnanir á borð við sambýli og geðsjúkrahús, s.s. í Mið- og Austur-Evrópu, og ládst hefur að þróa réttindamiðað líkan fyrir umönnun í nærumhverfinu.³⁸ Samþætting geðheilbrigðisþjónustu við þjónustu almennra spítala, grunnþjónustu og félagslega þjónustu og notkun snjalltækja sem tekur mið af réttindum einstaklinga getur aukið aðgengi og möguleikana til að njóta búseturéttar og þátttöku í samfélaginu. Gera þarf nákvæmar upplýsingar um geðheilbrigði aðgengilegar almenningi og upplýsingar um meðferðir sem grundvallast á sannreyndri þekkingu, m.a. hliðarverkanir, verða einnig að vera aðgengilegar, en það krefst reglubundinnar, tæmandi og tímanlegrar upplýsingagjafar um allar lyfjarannsóknir. Skilningur á þjáningum og erfiðleikum sem tekur samhengi með í reikninginn hefur mikla þýðingu ef tryggja á aðgengi í kerfum fyrir geðheilbrigðisþjónustu og stuðning.

Viðunandi þjónusta

58. Geðheilbrigðisþjónusta verður að virða siðareglur læknisfræðinnar og mannréttindi, vera meðvituð um kynjasjónarmið og þarfir á ólíkum lífsskeiðum og jafnframt verður henni að vera ætlað að virða trúnað og valdefla einstaklinga svo þeir geti ráðið eigin heilsu og velferð.³⁹ Hún verður að virða siðareglur læknisfræðinnar og mannréttindi (þ.m.t. „eigi skal skaða“), sem og valfrelsi, réttinn til að ráða ferðinni, sjálfsforræði, vilja, það sem einstaklingurinn kys og mannlega reisn.⁴⁰ Ofurtrú á lyfjafræðilegum inngrípum, þvingun við meðferð og meðferð inni á stofnunum er ekki í samræmi við meginregluna um að valda ekki skaða, eða mannréttindi. Þjóða ætti starfsfólki í geðheilbrigðisþjónustu tækifæri til auka færni á sviði mannréttinda með reglulegu millibili. Þjónustan verður að hæfa viðkomandi menningu og einstaklingum með vitsmunalega, hugræna eða sálfélagslega fötlun og einhverfum einstaklingum, unglíngum, konum, eldri borgurum, frumbyggjum, minnihlutahópum, hælisleitendum og flóttamönnum, lesbíum, hommum, tvíkynhneigðum, transgender og einstaklingum af millikyni.

³⁶ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, gr. 25-26, og J. Jaime Miranda og fleiri, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, No. 2 (February 2017).

³⁷ WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020, bls. 9.

- 38 Natalie Drew og fleiri, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, No. 9803 (November 2011).
- 39 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, mgr. 12 (c).
- 40 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, inngangsorð og mgr. 12, 15 og 19.

Margir sem tilheyra þessum hópum hafa orðið fyrir bardinu á óþarfa sjúkdómsvæðingu og þurft að líða vegna valdbeitingar við meðferð, sem byggð er á óviðeigandi og skaðlegum staðalímyndum kynjanna.

59. Sérstaklega þarf að gefa gaum konum, sem í ríkari mæli þurfa að líða fyrir verklag í geðheilbrigðisþjónustu sem byggir á forsjarhyggju og mótað er af hefðum feðraveldisins, óviðeigandi og skaðlegum staðalímyndum kynjanna, sjúkdómsvæðingu tilfinninga og hegðunar, og valdbeitingu. Konur sem hafa búið við ofbeldi og ójafnræði innan fjölskyldu sinnar, í nærumhverfi sínu eða samfélagi og sem glíma við geðræn vandamál mæta oft aðstæðum í geðheilbrigðisþjónustu sem jafngilda ofbeldi, valdbeitingu, niðurlægingu og skorti á virðingu fyrir mannlegri reisn. Óviðunandi er að konur sem brotið hefur verið á innan fjölskyldu eða í öðrum aðstæðum þurfi síðan að þola að brotið sé á þeim aftur innan vébanda þjónustu sem ætlað er að efla geðheilbrigði þeirra. Í því sambandi er mjög mikilvægt að undirstrika að brot gegn kyn- og æxlunarheilbrigðisrétti hafa bein, og neikvæð áhrif á geðheilsu kvenna.

Gæði

60. Geðheilbrigðisþjónusta verður að vera gæðþjónusta. Það útheimtir meðhöndlun sem grundvallast á sannreyntri þekkingu og styður fyrirbyggjandi aðgerðir, eflingu, meðferð og bata.⁴¹ Skilvirk samvinna milli ólíkra þjónustuveitenda og einstaklinga sem nota þjónustuna og fjölskyldna þeirra og umönnunarfélaga meðan á henni stendur, rennir einnig stóðum undir meðhöndlun í gæðaflokki. Misbeiting líflæknisfræðilegra inngrípa, þ.m.t. óviðeigandi notkun eða ofávísun geðlyfja og beiting þvingana og nauðungarvistunar, gengur á réttinn til umönnunar í gæðaflokki. Með því að leggja áherslu á uppbyggingu sálfélagslegrar þjónustu í nærsamfélaginu og virkjun félagslegra úrræða, sem er kleift að veita stuðning ævina á enda, munu gæði þjónustunnar aukast.

61. Gæðaðátturinn útheimtir að ekki sé einungis litið á notendur sem viðtakendur umönnunar, heldur fullt tillit tekið til þeirra sem handhafa virkra réttinda. Svo unnt sé að stöðva mismunun ættu ríki að hugsa heilbrigðisþjónustu sína og stuðning upp á nýtt (sjá A/HRC/34/58).

62. Einkum verða börn og fullorðnir einstaklingar með vitsmunalega fötlun og einhverfir einstaklingar fyrir bardinu á stofnanamiðuðum úrræðum og sjúkdómsvæðingu. Lyfjagjöf og stofnanavistun einhverfra barna, á grundvelli skerðingar, er óviðunandi. Einhverfa hefur reynst áskorun fyrir umönnunar- og stuðningskerfi í heilbrigðisþjónustu nútímans, þar sem tilraunir heilbrigðiskerfisins til þess að „lækna“ einhverfu hafa oft reynst skaðlegar, og leitt til frekari hnignunar heilsufars barna og fullorðinna sem glíma við heilkennið. Stuðningur við þennan hóp á ekki aðeins að miðast við rétt hans til heilbrigðis, heldur líka réttinn til menntunar, atvinnu og búsetu í samfélaginu á sama grundvelli og aðrir.

G. Upplýst samþykki og þvingun

63. Upplýst samþykki er grunnþáttur réttarins til heilbrigðis, bæði frá frelsissjónarmiði og sem innbyggður varnagli svo unnt sé að njóta sama réttar (sjá A/64/272).

Rétturinn til samþykkis á meðferð og sjúkrahúsvistun felur einnig í sér rétt til þess að hafna meðferð (sjá E/CN.4/2006/120, mgr. 82). Aukning í setningu geðheilbrigðislaganna sem einkennast af forsjarhyggju og skortur á öðrum úrræðum hefur leitt til þess að valdbeiting við lækni meðferð er algeng.

64. Réttlætingin að baki valdbeitingu er almennt byggð á sjónarmiðum um „læknisfræðilega nauðsyn“ og „hættu“. Engar rannsóknir eru til stuðnings þessum huglægu atriðum og beiting þeirra virðist byggjast á víðri túlkun, sem vekur spurningar um handahófskenndar ákvarðanir sem hafa í auknum mæli sætt lögfræðilegri athugun. Mat á „hættu“ byggist oft frekar á óviðeigandi fordómum en þekkingu. Einnig eru sannfærandi rök fyrir hendi gegn því að meðferð þar sem þvingunum er beitt, einnig með geðlyfjum, sé ekki árangursrík, þrátt fyrir útbreiðslu hennar.⁴²

⁴¹ WHO Mental Health Action Plan 2013-2020, bls. 9.

- ⁴² Sja Steve R. Kisely and Leslie A. Campbell, “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, Cochrane database system (December 2014); og

Ákvarðanir um valdbeitingu eru iðulega teknar af geðlæknum sem starfa innan kerfa þar sem ekki eru fyrir hendi meðferðartæki sem bjóða valkosti án þvingunar. Staðreyndin er sú að í mörgum löndum eru aðrir valkostir ekki fyrir hendi og ástæðan fyrir því að treyst er á þvingunir er kerfislægur misbrestur á því að vernda réttindi einstaklinga.

65. Valdbeiting í geðlækningum viðheldur valdaójafnvægi í samböndum milli aðila við umönnun, veldur tortryggni, eykur skömm og mismunun og hefur leitt til þess að margir hverfa frá af ótta við að leita sér hjálpar í almennri geðheilbrigðisþjónustu. Með því að rétturinn til heilbrigðis er nú túlkaður með hliðsjón af samningnum um réttindi fatlaðs fólks er þörf á tafarlausum aðgerðum til þess að draga stórlega úr valdbeitingu í lækni meðferð og greiða fyrir því að bundinn verði endi á alla þvingaða geðlækni meðferð og vistun. Í þessu samhengi ættu ríki ekki að leyfa staðgenglum að veita samþykki fyrir hönd fatlaðra einstaklinga þegar um er að ræða ákvarðanir sem varða líkamlega eða andlega heilsu. Þess í stað ætti að veita þeim stuðning öllum stundum til þess að taka ákvarðanir, líka þegar um er að ræða hættu- eða neyðarástand.⁴³

66. Sérstakur skýrslugjafi veitir áhyggjum ýmissa hagsmunaaðila eftirtekt, einkum innan læknasamfélagsins, vegna algjörðs banns við öllum tegundum ráðstafana þar sem samþykki er ekki veitt.⁴⁴ Hann viðurkennir að stórfelld fækkun þeirra og á endanum afnám sé krefjandi ferli sem muni taka tíma. Hins vegar er það sameiginleg afstaða að tíðni mannréttindabrota á geðheilbrigðisviðinu sé óviðunandi og að breytinga sé þörf. Í stað þess að beita lagalegum eða siðferðilegum röksemdum til þess að réttlæta óbreytt ástand, er þörf á samstilltum aðgerðum til þess að snúa við því bakinu. Misbrestur á því að gripið verði til tafarlausra aðgerða til þess að breyta þessu sé ekki lengur boðlegur og því leggur sérstakur skýrslugjafi til fimm vísitandi, raunhæfar og markvissar aðgerðir eins og hér segir:

- a) Almenna valkosti við þvingun í stefnumörkun með réttarbætur fyrir augum.
- b) Þróun breiðs úrvals af meðferðarvalmöguleikum sem ekki krefjast þvingunar.
- c) Þróun vegvísis svo draga megi stórlega úr þvingunum við lækni meðferð, með það í huga að leggja slíkt niður, í samvinnu við ýmsa hagsmunaaðila, þ.m.t. rétthafa.
- d) Koma upp skiptum á starfsvenjum sem hafa gefist vel, milli landa og innan þeirra.
- e) Auka fjárveitingar til rannsókna og söfnun tölulegra og eigindlegra upplýsinga svo unnt sé að fylgjast með framvindunni.

H. Undirliggjandi og félagslegir ákvörðunarþættir geðheilbrigðis

67. Rétturinn til heilbrigðis tekur bæði til heilbrigðisþjónustu og undirliggjandi ákvörðunarþátta heilsu, líka félagslegra. Lýðheilsa hefur bæði sérstæðar og sameiginlegar víddir sem eru nauðsynlegar til þess að tryggja réttinn til þess að geta notið hinna undirliggjandi og félagslegu ákvörðunarþátta heilbrigðis.⁴⁵ Í ljósi sterkra tengingar milli geðheilbrigðis og líkamlegs, sálkámlegs, pólitíks og efnahagslegs umhverfis, er rétturinn til ákvörðunarþátta heilbrigðis forsenda þess að unnt sé að tryggja réttinn til geðheilbrigðis. Samkvæmt alþjóðlegri mannréttindalöggjöf verða ríki að bregðast við ýmsum undirliggjandi ákvörðunarþáttum, s.s. ofbeldi, stuðningi innan fjölskyldna og mismunun, svo unnt sé að tryggja sérstaklega rétt barna og kvenna til heilbrigðis⁴⁶ sem og fatlaðs fólks.⁴⁷ Í stuttu máli,

Hans Joachim Salize and Harald Dressing, “Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, No. 5 (October 2005).

⁴³ Leiðbeiningar um 14. gr. sáttmálans, mgr. 22.

⁴⁴ Sjá Melvyn C. Freeman and others, “Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities” *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, No. 9 (September 2015).

⁴⁵ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12 (2), and Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, mgr. 37.

⁴⁶ Convention on the Rights of the Child, mgr. 24. og Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). 12.

⁴⁷ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, mgr. 25 (a) and (b).

útheimtir vernd og uppfylling réttarins til geðheilbrigðis samstilltar aðgerðir svo unnt sé að tryggja tilteknar forsendur sem geðheilbrigði byggist á.

68. Ýmsar alþjóðlegir og svæðisbundnar ferlar hafa greitt fyrir skilgreiningu á afdráttarlausum skyldum hvað varðar lýðheilsu og félagslegt réttlæti svo unnt sé að takast á við félagslega ákvörðunarþætti heilbrigðis. Lokaskýrsla framkvæmdastjórnarinnar um félagslega ákvörðunarþætti heilbrigðis ruddi brautina og beindi sjónum í auknum mæli að félagslegum ákvörðunarþáttum.⁴⁸ Læknavísindin, einkum geðheilbrigðisþáttur þeirra, eru að stórum hluta félagsvísindi og sá skilningur ætti vera leiðarljósið við iðkun þeirra. Svo fullt tillit sé tekið til þeirra vísbendinga sem eru til staðar hvað varðar ákvörðunarþætti geðheilbrigðis, verður að færa réttinn til þessara ákvörðunarþátta út fyrir vébönd ójöfnuðar, mismununar og líkamlegs umhverfis í því skyni að endurspegla mikilvægi heilbrigðis sálfélagslegs umhverfis, sem hefur verið stutt skjallægum gögnum (sjá A/70/213 mgr. 55 og A/71/304, mgr. 16 og 19).⁴⁹ Felst það m.a. í þróun opinberrar stefnu sem stuðlar að friðsamlegum samskiptum án ofbeldis og með virðingu í fjölskyldum, skólum, á vinnustöðum, í nærsamfélögum og heilbrigðis- og félagsþjónustu.

VI. Viðmiðum breytt

A. Mannréttindaskyldan að baki því að fjalla um eflingu og forvarnir í geðheilbrigðismálum

69. Viðurkenning WHO á mikilvægi þess að þróa réttindamiðaðar áætlanir sem efla og vernda geðheilbrigði allra íbúa, er kærkomin.⁵⁰ Einstaklingsþættir og félagslegir þættir, menningarleg gildi og félagsleg upplifun hvers dags, í fjölskyldum, skólum á vinnustöðum og í samfélaginu, hafa áhrif á geðheilbrigði hvers einstaklings. Sú staðreynd að börnin verja verulegum tíma í skólum og flestir fullorðnir á vinnustöðum þýðir að réttindamiðaðar aðgerðir verða að efla heilbriggt og öruggt umhverfi sem virkjar íbúana og er laust við ofbeldi, mismununar og aðrar gerðir misbeitingar. Að sama skapi hefur geðheilbrigði einstaklings áhrif á tilveruna innan þessara sviða og er óaðskiljanlegur þáttur við mótun heilbrigðis samfélaga og mannfjölda. Mannfjöldamiðuð nálgun við eflingu andlegs heilbrigðis beinir sjónum heilbrigðiskerfis frá einstaklingsbundnum viðbrögðum að aðgerðum gegn margvíslegum hindrunum sem varða uppbyggingu og ójöfnuð (félagslegir ákvörðunarvaldar) sem geta haft neikvæð áhrif á geðheilbrigði.

70. Segja má að fyrir hendi sé almenn skuldbinding til þess að fjármagna spítala, rúm og lyf, í stað þess að byggja upp samfélag þar sem allir eiga kost á því að dafna. Því miður eru forvarnir og heilsuefling vanræktir þættir þegar kemur að aðgerðum í geðheilbrigðismálum. Skaðlegar ályktanir um að góðvild og fórnir einar sér geri íbúum kleift að öðlast geðrænt heilbrigði og vellíðan hafa mælt þessu aðgerðaleyfi bót.

71. Skyldan til að tryggja félagslega ákvörðunarþætti sem efla geðheilsu útheimtir öflugra skuldbindingu af hálfu allra stjórnardeilda sem eiga hlut að málum. Fyrirbyggjandi aðgerðum gegn sjálfsvígum er til dæmis yfirleitt beint að áhættuhópum og takast þær á við klínískt þunglyndi sem líflæknisfræðilegt fyrirbæri, á meðan áætlanir þvert á greinar, sem taka á félagslegum og umhverfislegum ákvörðunarþáttum sjálfsvíga með aðgerðum sem beinast að íbúnum, virðast lofa góðu. Einelti í skólum er annað fyrirbæri sem verður að telja lýðheilsuforgangsmál bæði í hverju landi og á heimsvísu. Ríki ættu fyrst og fremst að taka á tilfinningalegu og sálfélagslegu umhverfi, með áherslu á sambönd og tengsl, í stað áherslu á einstaklinga.

72. Umhverfi sem virðir, verndar og uppfyllir mannréttindi og er án ofbeldis af öllu tagi, þ.m.t. án kynbundins ofbeldis, er grundvallaratriði í skilvirkri heilsueflingu. Lýðheilsa og sálfélagsleg íhlutun eru nauðsynlegir þættir

⁴⁸ *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Geneva, WHO, 2008).

⁴⁹ Sjá einnig WHO, "Investing in mental health: evidence for action" (2013) og "Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors", discussion paper (2012).

⁵⁰ WHO Mental Health Action Plan 2013-2020.

réttindamiðaðs heilbrigðiskerfis, ekki munaður. Byggja verður viðeigandi aðgerðir á valdeflingu til þess að gera einstaklingum kleift að ná betri stjórn á og bæta sína eigin heilsu.

Mótlæti á barnsaldri og unglingsárum

73. Rannsóknir hafa sýnt skaðleg félagsleg áhrif og áhrif á andlegt heilbrigði vegna mótlætis og áfalla sem verða á barnsaldri.⁵¹ Skaðlegt álag, ill meðferð innan fjölskyldu og í nánnum samböndum, uppeldi barna á stofnunum, einelti, kynferðisleg, líkamleg og tilfinningaleg misnotkun barna og foreldramissir, hafa neikvæð áhrif á heilaproska og hæfileikann til þess að mynda heilbrigð tengsl, sem hefur áhrif á getu barna til þess að njóta fulls ávinnings af rétti sínum til heilbrigðis þegar þau komast á fullorðinsár (sjá A/HRC/32/32, mgr. 67- 73, og A/70/213, mgr. 67).

74. Sérstakur skýrslugjafi undirstrikar þau eyðileggjandi áhrif sem vistun á stofnun hefur á ung börn, einkum andlega heilsu þeirra og heildrænan þroska.⁵² Ekki eru nægar fjárveitingar til geðheilbrigðistengdrar þjónustu við börn og umönnun og mönnun er ekki í nægum gæðaflokki, sem býr til umhverfi þar sem misnotkun er algeng meðal barna með fötlun eða sem glíma við erfiðleika í félagslegum og tilfinningalegum þroska, einkum hvað varðar þau sem hljóta umönnun á stofnunum. Mörg dæmi eru um nýsköpun í geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn víða um heim og sannfærandi rannsóknir til um skilvirkni þeirra hvað varðar eflingu andlegs heilbrigðis og fyrirbyggjandi ráðstafanir gagnvart hnignun heilbrigðis.⁵³ Hins vegar er þessi starfsemi oft einungis í formi tilraunaverkefna, vegna skorts á pólitískum vilja til þess að endurtaka þau og samþætta við almenna þjónustu við börn.

75. Þar sem geðheilbrigðisþjónusta er oft fjársvelt leiðir það til þjónustu á sambýlum og stofnunum sem ekki er í háum gæðaflokki, sem og sjúkdómsvæðingar, ofbeldis og annarra tegunda brota á réttindum barna. Hverfa verður frá þessum úrræðum eða breyta þeim að verulegu leyti, og það sem er mest um vert, skipuleggja verður áætlanir um viðbrögð gegn mótlæti á barnsaldri með þáttökuramma sem viðurkennir börn sem rétthafa, virðir þroskaferil þeirra og valdeflir börn og fjölskyldur svo þær geti bætt andlega heilsu sína og góða líðan.

B. Meðhöndlun: frá einangrun til samfélags

76. Rétturinn til heilbrigðis er öflugur leiðarvísir fyrir ríkin við breytingar á viðmiðum sem byggjast á bata og nærsamfélaginu, efla félagslega samheldni og gefa kost á réttindamiðuðum meðferðarúrræðum og sálfélagslegum stuðningi, bæði í almennri og sérhæfðri umönnun.

77. Líflæknisfræðileg og smættandi nálgun gagnvart meðhöndlun sem ekki horfir í nægilega ríkum mæli til samhengis og tengsla getur ekki lengur talist í samræmi við réttinn til heilbrigðis. Þó að hinn líflæknisfræðilegi þáttur hafi ennþá þýðingu hafa yfirráð hans haft þverfug áhrif, svipt rétthafa völdum og fest skömm og útilokun í sessi. Í mörgum heimshlutum er umönnun í nærsamfélaginu ekki möguleg, aðgengileg, viðunandi og/eða í nægilegum gæðaflokki (og takmarkast oft við notkun geðlyfja). Samansöfnun geðsjúkrahúsa og rúma sem aðskilin eru frá almennri heilbrigðisþjónustu á sér stað í mestum mæli í löndum þar sem þjóðartekjur á mann eru háar í samanburði, sem er til varnaðar löndum með miðlungstekjur á mann eða lægri, um að fara aðra leið og velja réttindamiðaða geðheilbrigðisþjónustu.⁵⁴

51 Sjá Department of Economic and Social Affairs, “Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions” (2014).

52 Sjá WHO and the Gulbenkian Global Mental Health Platform, “Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities” (2015) and United Nations Children’s Fund, “Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children” (2012).

53 International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, “Textbook of child and adolescent mental health” (2015).

54 WHO Mental Health Atlas 2014, table 4.1.1.

Samþætting geðheilbrigðis

78. Rétturinn til heilbrigðis útheimtir að geðheilbrigðisþjónusta verði færð nær almennri þjónustu, þar sem andlegt heilbrigði og líkamlegt verður samþætt, í faglegu starfi, á pólitískum vettvangi sem og landfræðilega. Þetta samþættir ekki aðeins geðheilbrigðisþjónustu almennri heilsugæslu svo allir hafi aðgang að henni, heldur tryggir að stórir hópar fólks sem yfirleitt eru einangraðir frá almennri heilsugæslu, þ.m.t. fatlaðir einstaklingar, fái umönnun og stuðning til jafns við aðra. Sé horfið frá aðgreiningu hefur það líka ýmsa félagsfræðilega kosti í för með sér.⁵⁵ Geðheilbrigði varðar alla og þegar á þarf að halda á þjónustan að vera aðgengileg og opin öllum, í almennri og sérhæfðri þjónustu.

Nauðsynleg sálfélagsleg íhlutun

79. Þótt geðlyfjameðferðir geti verið gagnlegar bregðast ekki allir vel við lyfjum og í mörgum tilfellum er þeirra ekki þörf. Ávísun geðlyfja vegna þess að skilvirk sálfélagsleg íhlutun og íhlutun af hálfu almennrar heilsugæslu er ekki tiltæk, en ekki vegna þess að þörf er á þeim, samræmist engan veginn réttinum til heilbrigðis. Í flestum tilvikum þar sem um er að ræða vægt þunglyndi ætti að byrja á því að bíða og sjá til og veita sálfélagslegan stuðning og sálfræðimeðferð.

80. Þrátt fyrir þá skyldu sem fylgir réttinum til heilbrigðis um að bjóða sálfélagslega íhlutun og stuðning er því miður lítið á þessi úrræði sem munað, í stað þess að líta á þau sem nauðsynlega meðferð og því skortir fjárveitingu til langframa. Gerist þetta þrátt fyrir að sannanir séu fyrir hendi um að þau geri gagn.⁵⁶ Um er að ræða nauðsynleg inngrip sem leiða til jákvæðra áhrifa á heilsufar og vernda einstaklinga gegn sjúkdómsvæðingu. Einnig er mikilvægt að þau geta falið í sér, einfaldar, ódýrar skammtímaíhlutanir sem fara fram í nærumhverfinu og innan um almenna heilsugæslu. Hjúkrunarfræðingar, heilsugæslulæknar, ljósmæður, félagsráðgjafar og heilbrigðisstarfsmenn verða að hafa sálfélagslega færni svo unnt sé að tryggja aðgengi, sameiningu við samfélagið og úrræði sem geta borið sig til langframa.⁵⁷ Sálfélagsleg íhlutun, en ekki lyfjagjöf, ætti að vera fyrsta úrræðið hjá langflestum sem upplifa geðheilsuvandamál.

Andlegir erfiðleikar og bati

81. Þó að breyting á viðmiðum í geðheilbrigðisþjónustu krefjist hreyfingar í átt að samþættri þjónustu í nálægð við íbúana, munu andlegir erfiðleikar áfram verða til og því er þörf á réttindamiðuðum úrræðum. Íhlutunin sem beitt er til þess að takast á við alvarleg tilfelli er hugsanlega helsti áfellisdómurinn yfir líflækisfræðilegu hefðinni. Þvingun, sjúkdómsvæðing og einangrun, sem eru menjar hefðbundinnar umönnunar í geðlækningum, verða að víkja fyrir nútímalegum skilningi á bata og þjónustu sem grundvölluð er á sannreyndri þekkingu og gerir fólki kleift að endurheimta reisu og skilar réttihöfum aftur til fjölskyldna sinna og samfélaga. Fólk getur náð sér að fullu og nær sér að fullu eftir jafnvel alvarlegustu geðsjúkdóma og getur átt gott og innihaldsríkt líf upp frá því.⁵⁸

82. Ekki er til ein allsherjarskilgreining á bata, sem oft hefur verið lýst sem persónulegri vegferð í átt til innihaldsríks lífs og aukinnar seiglu. Þegar batamiðuð meðferð er innleidd í samræmi við mannréttindi hefur það orðið til þess að brjóta niður valdaójafnvægi, valdefla einstaklinga og gera þá boðbera breytinga í stað hlutlausra viðtakenda umönnunar. Stór skref hafa verið stigin á þessu sviði, þar sem stuðningur og þjónusta sem grundvallast á sannreyndri þekkingu og bata er nú fyrir hendi víða um heim, og hefur orðið til þess að fólk endurheimtir vonir (og traust) gagnvart þjónustunni og sjálfu sér líka.

⁵⁵ Lena Morgon Banks and Sarah Polack, “The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries”, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), part B, sect. 3.

⁵⁶ Sjá John Hunsley Katherine Elliott and Zoé Therrien, “The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders”, *Canadian Psychology*, vol. 55, No. 3 (August 2014).

⁵⁷ Sjá Clair Le Boutillier and others, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (June 2015).

⁵⁸ Sjá Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, No. 1 (January 2010).

83. Jafningjastuðningur er óaðskiljanlegur hluti þjónustu sem grundvallast á bata, þegar hann virkar.⁵⁹ Hann vekur vonir í brjósti, og eflir einstaklinga í því að læra hverjir af öðrum, m.a. í gegnum jafningjastuðningsnet, bataskóla, klúbba og neyðarhúsnæði sem rekið er af jafningjum. Í Lapplandi hefur „Open Dialogue“, geðheilbrigðiskerfi sem náð hefur árangri, alfarið komið í staðinn fyrir neyðarmeðferð og sjúkdómsvæðingu.⁶⁰ Aðrar fyrirmyndir sem ekki byggja á þvingunum eru krísuteymi, hvíldarhúsnæði, þróunálíkon fyrir félagslega samheldni í samfélaginu, persónulegir talsmenn, valdeflingargeðlækningar og fjölskyldustuðningur. Soteria House verkefnið er batamiðað líkan sem hefur verið lengi til staðar og verið sett upp í mörgum löndum.⁶¹ Aukning framboðs á öðrum valkostum og menntun og þjálfun vegna ráðstafana sem byggja á valdbeitingu eru þýðingarmiklar vísbendingar við mælingu á framförum sem orðið hafa í þá átt að fullu samræmi við réttinn til heilsu sé náð.

VII. Ályktanir og tilmæli

A. Ályktanir

84. Geðheilbrigði situr oft á hakanum og þegar fé er loks veitt ræður óskilvirkt og skaðlegt líkan, ásamt óskilvirkum og skaðlegum viðhorfum og valdaójafnvægi ferðinni. Þetta hefur leitt til núverandi ástands þar sem þörfin fyrir réttindamiðaða eflingu geðheilbrigðis og umönnun er gróflega vanrækt. Þegar fólk á öllum aldri þarf að sinna geðheilsunni líður það of oft fyrir að þjónusta eða stuðningur er annað hvort ekki fyrir hendi, eða af völdum þjónustu sem er óskilvirk og skaðleg.

85. Með óbreyttu ástandi hefur ekki verið unnt að taka á mannréttindabrotum innan geðheilbrigðiskerfanna, sem er óviðunandi. Þar sem geðheilbrigði er nú orðið forgangsmál við stefnumótun skiptir sköpum að skilja hvernig það hefur brugðist að mörkuð sé betri leið framávið, og ná samstöðu um hvernig á að fjármagna og hvernig ekki.

86. Mat á heimsbyrði af völdum hindrana bendir til, sem er áhyggjuefni, að byrðin þeirra vegna kunni að vera þyngri en allar byrðar vegna „geðraskana“ samanlagt. Stjórnna ætti krísunni í geðheilbrigðismálum með þeim formerkjum að um sé að ræða krísu félagslegra tálma sem hindrar réttindi einstaklinga, í stað krísu af völdum tiltekins heilsufarsástands einstaklinga. Stefnumörkun í geðheilbrigðismálum ætti frekar að beinast að „valdaójafnvægi“ en „efnaójafnvægi“.

87. Brýn þörf fyrir áherslubreytingar ætti að leiða til þess að nýsköpun í stefnumótun sé sett í forgang á vettvangi íbúanna sjálfra, með áherslu á félagslega ákvörðunarþætti og horfið sé frá því ráðandi lækisfræðilega líkani sem leitast við að lækna einstaklinga með því beina sjónum að „röskunum“.

88. Nú eru fyrir hendi einstök tækifæri hvað geðheilsu varðar. Alþjóðleg viðurkenning geðheilbrigðis sem afdráttarlausrar skyldu á heimsvísu, þar með talið í Dagskránni um sjálfbæra þróun til 2030, er kærkomið framfaraskref. Ramminn um réttinn til heilbrigðis veitir ríkjum leiðsögn um hvernig mæla skuli fyrir um réttindamiðaða stefnumörkun og fjárfestingar svo tryggja megi mannlega reisn og góða líðan sérhvers einstaklings.

Svo jöfnuður náist milli líkamlegs heilbrigðis og geðheilbrigðis verður að samþætta geðheilbrigði, grunnheilbrigðisþjónustu og almenna heilsuvernd, með þátttöku allra hagsmunaaðila við mótun opinberrar stefnu sem tekur á undirliggjandi ákvörðunarþáttum.

Auka þyrfti skilvirka sálfélagslega íhlutun í samfélaginu og snúa baki við menningu sem einkennist af valdbeitingu, einangrun og óhóflegri sjúkdómsvæðingu.

89. Nú þegar eru við lýði framtaksverkefni víða um heim sem lofa góðu, þ.m.t. í löndum þar sem þjóðartekjur eru lágar eða í meðallagi, og sem veita óbreyttu ástandi viðnám. Svigrúm sem skapað er með öflugri pólitískri forystu og úrræðum og gerir slíku starfi kleift að taka á sig mynd innan samfélaganna

-
- ⁵⁹ Sjá Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, University of Birmingham, policy paper No. 18 (February 2014).
- ⁶⁰ Sjá Jaako Seikkula o.fl., “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, No. 2 (March 2006).
- ⁶¹ Sjá Tim Calton and o.fl., “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, No. 1 (January 2008).

er áhrifarík leið til þess að stuðla að og miða áfram nauðsynlegum breytingum.

90. Sérstakur skýrslugjafi leitast við að þróa, með ferli sem er án aðgreiningar, þátttökumiðað og opnum skoðanaskiptum, leiðbeinandi tilmæli um mannréttindi og geðheilbrigði sem styðja alla hagsmunaaðila við innleiðingu á réttindamiðaðri heilbrigðisstefnumótun á starfssviði hvers um sig. Hann fagnar framlögum og ábendingum í þessu skyni.

B. Tilmæli

91. Sérstakur skýrslugjafi kallar eftir forystu í því skyni að takast á við heimsbyrði hindrana og fella réttindamiðaða nýsköpun í geðheilbrigðismálum saman við opinbera stefnu í málaflokknum. Þar á meðal eru málsvarar ríkja við alþjóðlega stefnumörkun, forysta fagfólks í geðlækningum við að leggja uppbyggilegt mat á sína eigin nálgun gagnvart þörfinni á breytingum, stjórnendur geðheilbrigðisþjónustu sem ganga á undan með góðu fordæmi og sveitarstjórnarfolk sem berst fyrir nýsköpun á vettvangi almennings. Þessir forvígismenn verða að vinna með umbjóðendum sínum, þ.m.t. einstaklingum með vitsmunalega, hugræna og sálfélagslega fötlun, sem og einhverfum.

92. Svo taka meggi á því ójafnvægi sem líflæknisfræðileg nálgun í geðheilbrigðisþjónustu hefur í för með sér mælist sérstaki skýrslugjafinn til þess að:

a) Ríki geri tafarlaugar ráðstafanir til þess að koma upp ramma um þátttöku sem er án aðgreiningar og hefur þýðingu við mótun og ákvarðanatöku í tengslum við opinbera stefnu, ásamt m.a., sálfræðingum, félagsráðgjöfum, hjúkrunarfræðingum, notendum þjónustunnar, frjálsum félagsamtökum og þeim sem búa við fátækt og eiga undir högg að sækja.

b) Ríki og aðrir hagsmunaaðilar, þ.m.t. háskólastofnanir, forgangsraði geðheilbrigðisrannsóknnum upp á nýtt til þess að stuðla að sjálfstæðum, eiginlegum og þátttökumiðuðum félagsvísindarannsóknnum og félagsvísindarannsóknarvettvangi, með markvissri könnun á annars konar þjónustulíkönnum sem ekki fela í sér valdbeitingu.

c) Ríki taki höndum saman við háskólastofnanir til þess að takast á við þekkingarskort hvað varðar réttindamiðað geðheilbrigði og geðheilbrigði sem grundvallast á sannreyndri þekkingu í menntun lækna.

93. Svo tryggja meggi að tekið sé á félagslegum og undirliggjandi ákvörðunarvöldum við eflingu andlegs heilbrigðis í þágu allra mælist sérstakur skýrslugjafi til þess að:

a) Geðheilbrigði og geðheilbrigðisvernd verði forgangsmál í opinberri stefnumörkun, og fjárveitingar auknar til viðkomandi stjórnardeilda.

b) Ráðist verði í mótun opinberrar stefnu þegar í stað sem fjallar um geðheilbrigði og heilðrænan þroska á snemma á barnsaldri, í samræmi við sjálfbær þróunarmarkmið, með sérstakri áherslu á eflingu og sálfélagslega íhlutun.

c) Gerðar verði ráðstafanir í stefnumótun og lagasetningu um að fyrirbyggja ofbeldi við allar aðstæður þar sem fólk býr, stundar nám og starfar.

d) Þegar í stað verði gripið til aðgerða til þess að takast á við skaðlegar staðalímyndir kynjanna, kynbundið ofbeldi og aðgengi að kyn- og æxlunarheilbrigði.

e) Þegar í stað verði tekin skref til þess að uppræta líkamlegar refsingar gagnvart börnum og að þau séu sett á stofnanir, þ.m.t. fötluð börn.

94. Svo tryggja meggi að alþjóðlegt samstarf tryggi réttinn til geðheilbrigðis og áherslur Dagskrár til 2030 ættu ríki og marghliða og alþjóðlegar stofnanir að:

a) Stöðva allar fjárveitingar til aðgreindra dvalarstofnana fyrir geðsjúka, stórra geðsjúkrahúsa og annarrar aðgreindrar aðstöðu og þjónustu.

b) Samþætta réttinn til geðheilbrigðis við heilsuþróunaráætlanir, og áætlanir um baráttu gegn fátækt og íhlutun og fella hana sérstaklega inn í almenna heilbrigðisstefnumörkun og áætlanir, sem og forgangsstefnumörkun og áætlanir.

c) Efla geðheilbrigði á heimsvísu í öllum eftirlitsverkefnum sem eru partur af markmiðum sjálfbærrar þróunar, þ.m.t. á vettvangi háttsettra stjórnmalamanna.

95. Svo ganga megi úr skugga um að heilbrigðisþjónusta tryggi rétt hvers manns til andlegs heilbrigðis ættu öll ríki að:

a) Tryggja að notendur taki þátt í hönnun, framkvæmd, veitingu og mati á heilbrigðisþjónustu, kerfum og stefnumiðum.

b) Hætta að beina fjárveitingum til stofnana sem annast umönnun og beina þeim þess í stað til þjónustu á vettvangi samfélagsins.

c) Veita fjármuni til sálfélaglegrar þjónustu sem er samþætt grunnþjónustu og þjónustu á vegum sveitarfélaga til þess að valdefla notendur og af virðingu við sjálfsforræði þeirra.

d) Auka fjárveitingar til óhefðbundinnar geðheilbrigðisþjónustu og stuðningslíkana í tengslum við hana.

e) Þróa grunnþætti viðeigandi, viðunandi (þ.m.t. með tilliti til menningarsjónarmiða) og hágæða sálfélaglegrar íhlutunar sem verða kjarni allsherjar heilsuverndar.

f) Gera marvissar, raunhæfar ráðstafanir til þess að draga með róttækum hætti úr þvingunum við lækni meðferð og auðvelda skref í átt að því að binda enda á hvers konar þvingun í geðrænni meðferð og einangrun.

g) Falast eftir tækniástoð frá WHO QualityRights framtaksverkefninu í því skyni að leggja mat á og auka gæði geðheilbrigðisþjónustu.
