



Landsforeningen - We Shall Overcome

Støtteforening for mennesker i psykiatrien og deres venner
 Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597 / Bankkontonr.: 6242.05.31325
 Postboks 8817 Youngstorget, 0028 Oslo – besøksadresse: Møllergata 12, Oslo
 Tlf. 22 41 35 90 – post@wso.no – www.wso.no

Høringsuttalelse

NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet

Landsforeningen We Shall Overcome – WSO

Februar 2012

«Jeg er ikke interessert i å spise smuler av medfølelse fra bordet til en som ser på seg selv som min herre. Jeg vil ha hele menyen av rettigheter.»

- *Desmond Tutu*

WSO vil utrykke stor skuffelse over resultatet av Paulsrudutvalgets arbeid og flertallsinnstillingen som er presentert i NOU 2011:9. Det er ikke foreslått noen grunnleggende endringer som vil forhindre overgrep, rokke ved maktfordelingen i det psykiske helsevernet, stramme inn vide og skjønnsmessige tvangshjemler eller som reelt sett vil øke pasientenes selvbestemmelse. Lovforslaget gir fortsatt stor og nærmest eneveldig makt til fagfolk, og gjør oss fortsatt avhengig av «gode intensjoner og godt klinisk skjønn». Erfaringsmessig, gjennom 160 år, er det pasientene som lider under denne formen for lovgivning, og vi kan ikke se at endringsforslagene vil ha avgjørende betydning i praksis. NOU 2011:9 inneholder mange ord, og lite endring!

Vår fremste innsigelse mot Paulsrudutvalgets flertall sitt lovforslag er at det fortsatt bygger på en diskriminerende modell, en modell i strid med FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Psykisk helsevernloven vil også etter endringsforslagene være en lov som diskriminerer mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse. En flikking på en lov som i sitt grunnlag er dypt diskriminerende, og med fortsatte skjønnsmessige og vide tvangshjemler vil hverken føre til nedgang i bruk av tvang eller ivaretagelse av våre grunnleggende menneskerettigheter.

Vi støtter derfor ikke Paulsрудutvalgets flertalls-innstilling som helhet.

WSO gir full støtte Hege Orefellens dissens.

Diskriminering

Psykiatridebatten viser generelt liten kunnskap om menneskerettigheter og diskrimineringsperspektivet; vi ser knapt spor av dette i tenkningen hos politikere, helsebyråkrater og fagfolk. På andre områder; som rase, kjønn, seksuell legning, har vi hatt en lang kamp mot diskriminering som har ført til store endringer. Dette gjenspeiles også i lovgivning som gir rettsvern mot diskriminering. Selv om mye gjenstår, ikke minst i praksis, registrerer vi en til dels sterk bevissthet om diskriminering hos politikere og andre beslutningstakere, og i befolkningen for øvrig. Når det gjelder rettighetene til mennesker med psykosial funksjonsnedsettelse, ”psykiatriske pasienter” stiller saken seg helt annerledes. Det synes akseptert at denne gruppa berøves grunnleggende menneskerettigheter, og at dette legitimeres gjennom en diskriminerende særlov. Vi vil faktisk påstå at det knapt nok eksisterer bevissthet om denne problematikken; derimot betraktes det som ”naturlig” og ”nødvendig”.

Det er svært alvorlig når et lovutvalg, som har i sitt mandat å vurdere psykisk helsevernloven i forhold til menneskerettighetene, gjør det med en så bevisløs holdning til diskriminering som vi ser kommer til uttrykk i flertallsvurderingene i NOU 2011:9.

Utvalgets flertall omtaler diskriminering i svært uforpliktende vendinger, med en «*visjon om at tvangsregler ikke skal rette seg inn mot spesielle grupper.*»

Å bringe diskriminerende lovverk til opphør er ikke noe et offentlig oppnevnt lovutvalg kan ha en uforpliktende visjon om at skal skje en gang i fremtiden, men noe man har ansvar for å innstille på. Diskrimineringsforbudet som ligger i menneskerettighetene er ikke en uforpliktende visjon, men et forbud mot diskriminering.

Ny modell - Tid for Endring

WSO har i særuttalelse til Bernt-utvalgets rapport i 2009 «Tid for endring og paradigmeskifte» redegjort for behovet av grunnleggende endringer, og en ny modell i tråd med CRPD. Hege Orefellen har i sin dissens til Paulsрудutvalgets flertalls- innstilling ytterligere argumentert for behovet for endringer, og forholdet mellom psykiatrisk tvang og menneskerettighetene. Vi viser til denne argumentasjonen.

Vi ønsker en modell som ikke diskriminerer på grunnlag av funksjonsnedsettelse, en modell i tråd med CRPD. Også mennesker med funksjonsnedsettelser anses jf. CRPD kompetente til å ta beslutninger om eget liv, inkludert beslutninger om hvorvidt man skal samtykke til ulike behandlingsmetoder eller ikke. CRPD oppstiller imidlertid rett til *støtte* for mennesker med funksjonsnedsettelser som trenger slik støtte for å bruke sin rettslige handleevne (”supported decisionmaking”). Slike støttetiltak skal imidlertid alltid respektere vedkommendes rettigheter, vilje og preferanser.

Psykiatrisk tvangs-behandling må opphøre, og mennesker med psykiske lidelser må, på lik linje med andre, gis rett til helsehjelp basert på et fritt og informert samtykke. Når det er behov for det må det gis støtte til ta beslutninger.

Utvalgets høringsmøte - ble ikke hørt

I utvalgets mandat står følgende:

Punkt 7. Utvalget skal i løpet av arbeidsperioden avholde minst et høringsmøte hvor ulike brukergrupper er bredt representert. Det vises til artikkel 4 i FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I konvensjonens artikkel 4.3 står følgende: *I arbeidet med å utvikle og gjennomføre lovgivning og politikk som tar sikte på å gjennomføre denne konvensjon, og i andre beslutningsprosesser som gjelder spørsmål knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, skal partene aktivt trekke inn og rådfører seg inngående med mennesker med nedsatt funksjonsevne, også barn med nedsatt funksjonsevne, gjennom de organisasjoner som representerer dem.*

Utvalget gjennomførte høringsmøtet 10.01.11, og det kom mange sterke og tydelige innspill fra flere organisasjoner.

WSO komme med en klar bestilling på hva vi forventet og krevde at utvalget skulle besørge gjennom lovendring: ikke-diskriminering, beskyttelse mot overgrep, at vår rett til valgfrihet og helsehjelp gitt under fritt og informert samtykke blir ivaretatt, at vi sikres mot behandling gitt mot vår vilje og at våre menneskerettigheter blir ivaretatt på lik linje med andre, jfr CRPD.

I NOU 2011:9 er dette møtet kun referert med en setning om at det er gjennomført. Innholdet i innspillene som kom er ikke nevnt. Heller ikke andre steder i teksten finner vi igjen de klare tilbakemeldingene fra brukerorganisasjonene som kom frem på dette møtet. Andre skriftlige innspill fra interessehavere som vi er kjent med har blitt sendt inn til utvalget er heller ikke nevnt.

Å bli hørt i en sak er ikke det samme som å få en mulighet til å ytre seg. Først når innholdet i det som blir sagt blir hørt **og** ivaretatt, kan man hevde at noen er tatt med på råd.

Vi som har blitt og fortsatt blir utsatt for psykiatriens svært inngripende og skadelige behandlingsmetoder, under tvang og umyndiggjørelse, har i tidligere lov-prosesser hatt minimal innvirkning og kun proforma blitt lyttet til av myndighetene. Dette er i tråd med den behandlingen vi opplever i psykisk helsevern, og i tråd med den paternalistiske tradisjon psykiatrien bygger på.

Den doble krenkelsen

Vi opplever gjennom psykiatriske tvangsinngrep omfattende overgrep og krenkende behandling. Det har vi i lang tid, og også i denne lov-prosessen, fortalt om både muntlig og skriftlig. Når det vi forteller om ikke får noen konsekvenser, er det en dobbel krenkelse: først

krenkelsen psykiatrien har påført oss, deretter krenkelsen myndigheter og et offentlig utvalg påfører ved å høre erfaringene, og så ignorere dem og konkludere med at dette må vi akseptere å utsettes for også i fremtiden. En sterkere ugyldiggjøring av våre erfaringer finnes knapt.

Våre erfaringer må få konsekvenser, ikke bare lyttes til for så å ignoreres og marginaliseres.

Dette, sett i sammenheng med at vi heller ikke i utvalget konklusjoner har blitt hørt på noe punkt av hva vi med god begrunnelse har krevd, fører til den konklusjon vi med at Paulsрудutvalgets flertall ikke har tatt på alvor innspill fra de viktigste interesse-haverne i dette, nemlig de som har opplevd og opplever psykiatrisk tvang og alvorlig skade.

Dette finner vi helt uakseptabelt, og ikke i tråd med utvalgets mandat.

Overgrep og krenkelser

Overgrep, krenkelser og brudd på menneskerettighetene foregår i psykisk helsevern i dag, og dagens lovgivning har vist seg utilstrekkelig for å forhindre dette. Til dels er nåværende lovgivning med å legitimere overgrep.

WSO representerer noen av de som har kommet/ kommer aller dårligst ut av det i møte med psykiatrien. Våre historier forteller om et system med nærmest total definisjonsmakt over enkeltmennesket, med den konsekvens at mangelen på rettsikkerhet blir overhengende, og veien ut av psykiatrien svært vanskelig, for noen umulig. Det vi forteller om mishandling er i realiteten maskert som behandling. Det dreier seg om helseskade istedenfor helsehjelp.

Til tross for dette har ikke Paulsрудutvalgets flertall sannsynliggjort hvordan de endringene som er foreslått skal forhindre at dette fortsetter. De har ikke i sin vurdering gitt noe svar på hvordan de forholder seg til den virkeligheten vi formidler, og hvordan de konkret vil møte denne utfordringen. Dette til tross for at i det minste noen av erfaringene er beskrevet i NOUen.

Anklagene om overgrep i psykisk helsevern i dag må ses i lys av psykiatriens historie. Det har vært gjennomført omfattende, svært alvorlige og dødelige overgrep gjennom hele psykisk helsevernlovens 160 års historie. Når resultatene av eksperimentell, skadelig og også dødelige behandlingsmetoder har blitt avslørt har det blitt møtt med lunkne beklagelser både fra psykiatriens representanter og helsemyndigheter, og med standardfrasen «vi visste ikke bedre, og det var det beste vi hadde». Det er åpenbart at vi ikke kan være avhengig av hva psykiatrien til enhver tid definerer som «god og virksom behandling».

Den etter hvert godt kjente psykiatrihistorien stiller uttalelsen fra utvalgets flertall i et grellt lys, når flertallet (på s 201) *«peker på at legemidler, tross alle innvendingene, fremdeles er den best dokumenterte og etterprøvde behandlingsmetoden for de alvorligste psykiske lidelsene på gruppenivå»*, til forsvar for sin konklusjon om fortsatt tvangsmedisinering. Innvendingene de viser til er ikke bare magre behandlingsresultater, men alvorlige livsødeleggende skadeeffekter og redusert levealder.

Vi vet mer enn nok i dag om skader påført av tvang og tvangs-behandling, til at samfunnet har et moralsk ansvar for å gi beskyttelse mot overgrep også til psykiatriske pasienter vurdert som «alvorlig sinnslidende». Det er ikke en ansvarlig handling når et offentlig utvalg nok en gang gir aksept til at overgrep kan fortsette. Det er et grovt svik mot oss som utsettes for psykiatriens herjinger.

Vi hadde forventet, og vi krever at våre erfaringer blir behandlet med det alvor situasjonen krever. Vi krever at det handles slik at nye overgrep forhindres og loven ikke lenger legitimerer skadelig praksis og menneskerettsstridig tvangsbruk.

Premisser og vektlegging av argumenter fra utvalgets flertall

Hvordan man forholder seg til psykisk helsevern, som et “gode” eller et “onde” vil i stor grad påvirke også hvordan man forholder seg til tvunget psykisk helsevern, og ser ut til å ha vært avgjørende for utvalgets flertall sin vektlegging av forskjellige argumenter.

Man kan ikke ut i fra historiene til nåværende og tidligere pasienter legge til grunn at innleggelse i psykisk helsevern er et gode. Gjør man det ugyldiggjør man store deler av virkelighetsbeskrivelsen fra dem som har opplevd det. Man kan selvfølgelig ikke heller legge til grunn at innleggelse alltid er et onde, av akkurat same grunn. Det er derfor nødvendig å ha begge disse perspektivene med, i hvert fall når det kommer til oppbygging av tjenestetilbud.

Når det er snakk om tvang vil WSO hevde at man faktisk allikevel må gå ut i fra de mest negative virkelighetsbeskrivelsene. Årsaken til det er at det ikke er mulig å på forhånd forutsi hvem som vil bli utsatt for skade og hvem som vil mene seg hjulpet, og svært alvorlige inngrep, som frihetsberøvelse og tvangs-behandling, kan ikke forsvares ut i fra at det kan ha en gunstig virkning på andre enn det enkeltmennesket som blir utsatt for inngrepet/-ene.

Det er et problem, som kommer til uttrykk i flertallets vurderinger, at fordi man legger til grunn at psykisk helsevern er et gode for pasienten, uavhengig om man bruker tvang eller ikke, anser man det ikke som like alvorlig som andre former for frihetsberøvelse og tvangsinngrep. Når dette er et premiss anses det ikke nødvendig å gi mennesker med nedsatt psykososial funksjonsevne vern mot integritetskrenkelser og rettsikkerhetsgarantier på lik linje med andre. Om man «tar feil» synes utvalgets flertall å mene at det ikke er så alvorlig, fordi personen tross alt “bare får behandling”.

Premisset at psykisk helsevern alltid er et gode, står i sterk motsetning til hva pasienter forteller, hvor de beskriver alvorlig skade. Forskningsoppsummeringen til Reidun Norvoll over potensiell skade ved tvang (vedlegg 5 i NOUen) tydeliggjør dette.

Utvalgets flertall «legger avgjørende vekt på at konsekvensene av manglende behandling kan bli svært alvorlige for mennesker med alvorlige psykiske lidelser uten beslutningskompetanse.» (s 19)

Dette demonstrerer hvordan utvalgets flertall ser bort i fra de svært alvorlige konsekvensene med skadevirkninger av ulike psykiatriske tvangsinngrep som burde vært tillagt avgjørende vekt i konklusjonene.

At det legges feilaktige premisser til grunn for de hensyn som skal vektes mot hverandre, og en generelt mangelfull/manglende vektlegging av skadevirkninger, blir særskilt tydelig i flertallets konklusjoner i forhold til tvangsmedisinering og behandlingstvilkåret i loven.

Tvangsmedisinering

WSO krever et forbud mot tvangsmedisinering. All behandling må gis på grunnlag av et fritt og informert samtykke. Tvangsmedisinering er et ekstremt integritetskrenkende inngrep, med det formål å endre tanker og følelser, med medikamenter som har svært alvorlige skadevirkninger. WSO mener tvangsmedisinering ikke kan forsvares, hverken kunnskapsmessig, menneskerettslig eller etisk.

Utvalget hevder de « legger til grunn at lovgivningen så lang som mulig bør være kunnskapsbasert. Særlig viktig er dette på områder der det er spørsmål om å gjøre inngrep i menneskers personlige integritet, og der store menneskelige verdier står på spill. Dette innebærer at lovgivningen aldri kan hvile på sin historie, men jevnlig må revurderes i lys av ny kunnskap og erfaring, og med dertil hørende evne og vilje til omstilling.» s167

WSO lurer på om utvalgets flertall faktisk har lest sin egen utredning før de konkluderte.

Forskningen som det er henvist til i kapittel 9.2 viser at antipsykotiske medikamenter hindrer tilbakefall for 1 av 4 i vedlikeholdsbehandling, og noe lavere effekt ved akutt behandling av psykoser. Dette kan ikke kalles overbevisende effektmål i forhold til tvangsinngrep.

Videre dokumenteres det i kapittel 9.3 alvorlige bivirkninger og langtids skadevirkninger av både fysisk og psykisk karakter.

En svært alvorlig ting som har blitt behandlet med kun en kort notat i kapittel 9.3 er overdødeligheten blant personer med alvorlige psykiske lidelser. Den reduserte levealderen har økt dramatisk siden begynnelsen av 90-tallet, fra 10 til 25 år. Årsaken til den dramatiske økningen er riktignok ikke konkludert, men den negative trenden knyttes delvis opp mot innføringen av 2. generasjons antipsykotiske legemidler, som kan forårsake drastiske vektøkninger, diabetes og hjertelidelser. At dette kun har fått 6 linjer i utredningen er et tragisk bevis på hvor lavt verdsatt livet vårt er.

I kapittel 10 refereres brukererfaringene, som inkluderer sterke negative beskrivelser av medikamentenes virkning, og traumer ved tvangsmedisinering.

Opp i mot dette sterkt talende samlede kunnskap og erfaringsgrunnlaget, som sier dårlig effekt, alvorlige skadevirkninger og store integritetskrenkelser mot pasientene, veier utvalgets flertall følgende;

«Utvalget er kjent med at det foreligger en bred og begrunnet kritikk av langtidseffekten av antipsykotika, og av hvordan behandlingseffektforskningen har blitt tolket og omformet i behandlingspraksis ved alvorlige psykiske lidelser. På den annen side har en rekke komiteer og arbeidsgrupper sammensatt av fremstående eksperter utformet anbefalinger og retningslinjer for behandling som legger til grunn at antipsykotika har en positiv og kanskje

avgjørende plass i bestrebelsene med å skape kortsiktig og langsiktig bedring ved alvorlige psykiske lidelser.» s 19 og 113.

Deres konklusjon er fortsatt tvangsmedisinering.

Dette kan ikke kalles kunnskapsbasert, men er nettopp lovgivning som «*hviler på sin historie.*» Med det eksisterende kunnskapsgrunnlaget beskrevet i NOUen, ville man aldri kunne forsvare å innføre tvangsmedisinering. Fordi det handler om en videreføring av eksisterende lovgivning, ser det ut at utvalgets flertall allikevel ikke stiller krav til at det skal være kunnskapsbasert.

Rapporten påpeker selv at det skal legges "*særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende*", men flertallet velger å ignorere seg selv på dette punktet. Det heter at fordelene med inngrepet klart må oppveie ulempene ved inngrepet, men det foretas ingen seriøs vurdering av forholdsmessighet forut for konklusjon og forslag. Det virker som om flertallet har tatt sine standpunkter uavhengig av den kunnskap og de retningslinjer som det redegjøres for i rapporten."

Til henvisningen til «*komiteer sammensatt av fremstående eksperter*», vil WSO bemerke at her kommer en av flere svakheter ved utvalgets sammensetning klart frem. Utvalget hadde ingen uavhengige forskere med, og det kan se ut til at vurderingen når det kom til «*psykiatrifaglige*» spørsmål i stor grad ble overlatt til det psykiatrifaglige helsepersonell som satt i utvalget. Psykiatrifaglig helsepersonell kan i liten grad sies å være uavhengig i disse spørsmålene, da det her kan spille inn både profesjonskamp, makt, og forsvar for en praksis de selv er med å utøve. Konklusjonene til utvalgets flertall bærer mer preg av psykiatrifaglig definisjonsmakt enn av objektiv vurdering av det samlede kunnskap og erfarings-grunnlag.

WSO vil videre vise til Orefellens dissens hva gjelder den menneskerettslige begrunnelsen for forbud mot tvangs-behandling.

For WSO er det uforståelig hvordan utvalgets flertall kom til konklusjonen om å fortsette å tillate tvangsmedisinering. Begrunnelsen som ligger til grunn for denne konklusjonen synes svært ubalansert, mangelfull og feilaktig.

Alternativer til tvang

Det redegjøres i NOUen for noen alternative behandlingsmetoder, og vises til at slike modeller og tilbud er tatt i bruk i Norge og andre land med gode resultater. Det pekes på at det kan være aktuelt å se nærmere på hvordan slike metoder kan prøves ut og evalueres i Norge, men at det faller utenfor mandat og tidsramme å gå grundig inn i alternative behandlingsmetoder og gi anbefalinger om disse. Dette er problematisk, fordi mangel på alternativer blir et hinder for å endre loven, samtidig som loven blir et hinder for utviklingen av alternativer. Dette er en sirkelargumentasjon som er med å opprettholde status quo.

Manglende alternativer kan uansett ikke på noen måte legitimere potensielt skadelige og inngripende tiltak ved tvang, men utvikling av alternativer er nødvendig for å sikre at de som ønsker det får tilgang til god, human frivillig hjelp.

Elektrosjokk - ECT

På grunn av den tids og ressursramme utvalget har hatt til disposisjon, hevdes det at det ikke har vært mulig å utrede problemstillinger knyttet til ECT i nødvendig bredde til å foreslå lovendringer.

Vi vet at elektrosjokk gis ved tvang ved Norske sykehus i dag, begrunnet med nødrett. Myndigheter eller helsevesen har ikke oversikt over omfanget av dette. Vi vet også at informasjonen som gis til pasienter som skal vurdere elektrosjokk behandling er varierende, og ofte ikke informerer om eller underkommuniserer potensielle bivirkninger/ langtids skade. Det er derfor et spørsmål om ECT **overhodet** gis ved fritt og **informert** samtykke i Norge.

WSO mener at dette må tas fatt i umiddelbart, og at det ikke er holdbart at utvalget ikke har blitt gitt tid og ressurser nok til å utrede dette.

Merknader til noen av flertallets konkrete lovforslag

WSO kjemper for innføring av en ny modell, bygget på ikke-diskriminering og i tråd med CRPD. Lovforslaget som foreligger fra utvalgets flertall bygger på gammel modell, og premisene som ligger til grunn for forslagene er således svært feilaktige og mangelfulle.

Fordi man ved gjennomføring av deler av dette lovforslaget kan risikere å forandre situasjonen til det verre, og fordi enkelte av forslagene kan være små forbedringer forstått innenfor eksisterende lovgivning, velger vi allikevel å kommentere på noen av forslagene. Det betyr ikke at vi gir støtte til hverken lovforslaget som helhet, modellen og menneskesynet det bygger på eller de premisene som ligger til grunn for de enkelte paragrafer.

Innføringen av beslutningskompetanse som tilleggsvilkår ved behandlings-vilkåret §4-2

Å innføre manglende beslutningskompetanse som et vilkår kan ved første øyekast se ut til å være et forslag som gir noe økt rettsikkerhet, forutberegnelighet og likhet i praktisering av loven ved at det innføres noe mer objektive kriterier for tvangsinnleggelse etter behandlingsvilkåret og tvangs-behandling. Når man setter forslaget opp mot den praktiske virkelighet, med fagfolks definisjonsmakt og rettssystemets manglende selvstendige vurdering og avhengighet av «ekspertveldet», er det allikevel svært lite endringspotensiale i forslaget.

Vi har ingen tro på at dette i praksis vil gjøre noen stor forskjell. Det er fortsatt helsepersonell som skal foreta denne vurderingen, og den definisjonsmakt som ligger innbakt i systemet røkkes i liten grad ved. Kort sagt, det spiller i praksis ikke så stor rolle om psykiatere/ psykolog sier du har en alvorlig sinnslidelse og derfor ikke vet ditt eget beste, eller om samme psykiater sier at du har en alvorlig sinnslidelse og mangler beslutningskompetanse, og derfor ikke vet ditt eget beste. Innføring av manglende beslutningskompetanse som vilkår er først og fremst en endring i ord, og i liten grad endring i maktfordeling. Det ligger ingen reell økning av selvbestemmelse i dette forslaget.

Det utgjør i seg selv et rettssikkerhetsproblem av betydelig styrke at det samme helsepersonell som avgjør hva slags behandlingsbehov pasienten anses å ha, også tildeles kompetanse til å vedta pasientens beslutningskompetanse.

Vi er uenige i flertallets forslag om å senke terskelen for fratagelse av beslutningskompetanse ved å endre vilkåret fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig». At utvalgets flertall også foreslår å senke beviskravet i Pasientrettighetsloven, som etter innføringen av kapittel 4a allerede er en lov med svært dårlige rettssikkerhetsgarantier, er svært alvorlig.

Argumentasjonen bak dette forslaget er svært talende for utvalgets vektning av risiko, hvor risikoen ved eventuelt å nekte å få behandling veier mye tyngre enn risikoen for å bli utsatt for skadelig behandling ved tvang. Denne vurderingen er vi svært uenig i.

Det må her påpekes at kompetanse-modellen *ikke er* i overensstemmelse CRPD, og heller ikke er et skritt i riktig retning for å komme i overensstemmelse med konvensjonen. CRPD bygger ikke på en terskelmodell, der din rettsstilling radikalt endrer seg hvis du blir vurdert til å mangle beslutningskompetanse, men på en modell hvor man skal gi støtte til selvbestemmelse etter personens ønsker og behov.

Vi henviser til videre argumentasjon i Orefellens dissens.

Krav om antatt/ presumert samtykke ved tvang på behandlingsindikasjon § 4-2 og § 5-4

Krav om antatt samtykke er det mest radikale som ligger i flertallets lovforslag.

WSO støtter mye av argumentasjonen som ligger bak forslaget, men vi kan ikke gi vår fulle tilslutning til forslaget fordi vi ikke støtter kompetansemodellen som ligger som premiss. I vårt forslag til modell i tråd med CRPD ligger ingen slik terskelmodell, og utgangspunktet for presumert samtykke vil derfor være et annet.

Enkelte inngrep, som tvangs behandling med psykofarmaka og ECT, mener vi er av en så alvorlig og potensielt skadelig art, at det aldri skal utføres uten ved klart uttrykt samtykke.

I høringsmøtet 10.01.11 uttalte WSO at en «førstehjelp», hvis særlovgivningen ikke ble opphevet og utvalget ikke gikk inn for de grunnleggende endringer i loven som vi krevde, ville være å innføre juridisk bindende forhåndserklæringer, altså en absolutt vetorett i forhold til tvangs-behandling. Dette vil kunne avhjelpe situasjonen noe for de som i dag lever under konstant trussel om tvangsmedisinering til tross for svært negative erfaringer.

Kravet om antatt samtykke kan forstås som et forsøk på å komme oss i møte. Men det hjelper lite når utvalgets flertall ikke går inn for å gjøre forhåndserklæringer juridisk bindene.

I utformingen av vilkåret legges fortsatt betydelig definisjonsmakt om hva som er pasientens «egentlige» vilje i fagfolks hender. Erfaringsmessig vil det ikke gå i favør av autonomi og selvbestemmelse, men i favør av fagfolks definisjon av hva de mener er «til pasientens beste». Utvalgets flertall sier « *Det understrekes at kravet om antatt samtykke ikke innebærer at*

pasienten subjektivt må ha uttrykt seg positivt om psykisk helsehjelp i fortid. Vilkåret kan også være oppfylt basert på skjønnsmessige interessevurderinger av hva som er i pasientens interesser. I slike spørsmål må eventuelle negative holdninger som er kjent, tillegges vekt».
S158

Til tross for at vilkåret foreslås å være et absolutt vilkår, åpner det for skjønnsmessige vurderinger i å fastslå hva vedkommende ville ha ønsket hvis han/ hun hadde vært vurdert beslutningskompetent, og man snakker om «objektive interessevurderinger».

Selv om WSO har forståelse for utfordringene utvalgets flertall peker på i forhold til å gjøre forhåndserklæringer juridisk bindende, er det vår mening at disse utfordringene ikke gjelder i større grad for de vurdert som alvorlig sinnslidende enn for andre. Utgangspunktet og endepunktet for å fastslå vedkommendes vilje må være vedkommende selv, ikke fagfolks såkalte «objektive interessevurderinger». Vår erfaring er at hvis det åpnes for at vår vilje kan overkjøres, vil vi bli overkjørt.

Vi har mye erfaring med hvordan mer løse skjønnsmessige vurderinger, som «etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende» fra dagens § 3-3.6 blir vurdert i praksis, og vi har ingen grunn til å tro at fagfolks skjønn vil endres betraktelig til det bedre ved dette forslaget om presumert samtykke.

Det må derfor innføres en absolutt vetorett mot tvangs-behandling, som ikke kan overtrumfes av fagfolks vurderinger.

Tre dagers observasjon ved antatt selvmordsfare uten alvorlig sinnslidelse § 4-1

Forebygging av selvmord og hjelp til selvmords- truede er et viktig prioriteringsområde. Tvang har derimot ingen sentral plass i dette. God, lett tilgjengelig frivillig hjelp er sentralt i selvmordsforebygging. Tillitt hos pasientene og i befolkningen (langt fra alle selvmords-truede er pasienter) til at hjelp finnes, og trygt kan oppsøkes er avgjørende. Tvang, og begrunnet frykt for tvang, innebærer en risiko for at flere vil unngå å fortelle om selvmordstanker, og å oppsøke hjelp. I så måte kan en utvidelse av tvangshjemlene på dette området føre til motsatt av ønsket resultat, nemlig økt selvmordsrisiko. Traumatisering som følge av tvangsbruk er et annet moment som også må tas med, det er pasienter (tvangsinnlagt som suicidale) som forteller at de ikke var reelt selvmords-truede før etter en traumatiserende tvangsinnleggelse.

Vi kan ikke se at dette forslaget har begrunnelse i forskning som tilsier at tvangsinnleggelse er selvmordsforebyggende. Vi kan heller ikke se at utvalgets flertall tar tilstrekkelig hensyn til de potensielt svært negative effektene som kan bli konsekvensen av forslaget.

Forslaget innebærer en betraktelig utvidelse av tvangshjemlene, og står i motsetning til utvalgets mandat i forhold til innstramming og reduksjon av tvang.

Utvalget antar at forslaget ikke vil føre til noen betydelig reell økning av tvangsbruken, da det vil være en kodifisering av gjeldende praksis.

Den foreslåtte paragrafen er svært vidt og skjønnsmessig utformet, og *«fremfor å trekke helt klare grenser for hvor langt bestemmelsen om tvungen observasjon går, etterlater den et visst rom for helsepersonellens faglige og etiske skjønn.»(s241)*

Erfaringen med nåværende lovverk tilsier at når man mangler klare begrensninger i loven, vil helsepersonell, særskilt i vanskelige situasjoner, heller bruke for mye tvang enn for lite. Å hevde at en utvidelse av tvangshjemlene ikke vil føre til mer tvangsbruk, basert på helsepersonells faglige og etiske skjønn, kan vi ikke se at har noen god begrunnelse, snarere tvert i mot.

Begrunnelsen med at «denne praksisen foregår allerede» anser vi som svært betenkelig. Å legalisere en praksis fordi den foregår ulovlig i dag, uten å sannsynliggjøre at praksisen har sitt utspring i dokumentert kunnskap, at den har gode resultater og at den er respekterer grunnleggende rettigheter i forhold til selvbestemmelse og rettssikkerhetsprinsipper, viser dårlig dømmekraft og stor grad av underkastelse for legemakt fra utvalgets flertall.

Begrunnelsen for dette forslaget viser med all tydelighet at utvalgets flertall godtar «klinisk praksis» og «fagfolks skjønn» som godt nok utgangspunkt for lovgivning.

Det er ikke forsvarlig at rettigheter knyttet til alvorlige inngrep som frihetsberøvelse overlates til psykiatrifaglig skjønn. De alvorlige konsekvensene av det har vi 160 års erfaring med.

Om-definering av tvangsbegrepet og paragraf for pasienter som ikke gjør motstand § 1-2 og § 2-3

Formell og uformell og skjult tvang

Lovforslaget innebærer en snevrere definisjon av hva som skal regnes som tvang, der bare «*overvinning av motstand*» skal utgjøre tvang.

Dette viser en manglende forståelse av psykisk helsevern som system og hvordan dette påvirker pasientene. Psykiatrien er et undertrykkende system som krever en viss grad av underkastelse både for å unngå for sterke negative konsekvenser, og også for å få tilgang til hjelp overhodet. Resultatet av dette er at manglende uttrykt motstand i liten grad kan brukes som mål på frivillighet. Erfaringen viser at formelle vedtak ikke nødvendigvis er nødvendig for å gjennomføre inngrep som er i mot pasientens vilje, eks. medisinerer, kun uttalte eller u-uttalte trusler om tvang kan være nok.

Utvalgets flertall inkluderer trusler om negative konsekvenser i hva som skal regnes som tvang (s 237), men tar ikke høyde for hverken mer langvarig undertrykkelse, pasienterfaring basert på hva du ser skjer med andre og u-uttalte trusler.

Det avgjørende om en innleggelse eller inngrep skal vurderes som tvang eller ikke, må være om pasienten reelt sett har et valg.

Hvis en pasient som er vurdert (dømt) som ikke samtykkekompetent **hadde** motsatt seg, ville man da brukt tvang, eller ville man da latt pasienten selv avgjøre. Hvis resultatet av motstand ville vært tvang, kan man ikke hevde at det er snakk om noen grad av reell frivillighet.

Utvalgets flertall argumenterer for at tvangsvedtak kan skade behandlingsrelasjonen, og føre til tilleggsbelastning. Detter er utvilsom riktig, men belastningen ved tvang handler ikke kun om vedtaksstatus, men selve det å bli utsatt for inngrep man ikke ønsker.

Å bruke frivillig paragraf hvis det i realiteten handler om tvang, for å "spare" pasienten for belastningen ved tvang vil nødvendigvis gå ut over retten til korrekt informasjon om din egen situasjon, og muligheten til å klage, og vil også kunne være en tilleggsbelastning for pasienten fordi den reelle situasjonen fordreies/ tildekkes.

Pasienten må ha en ubestridt rett til å informeres om hvorvidt man reelt sett har noe valg, uavhengig av om man vurderes til å ikke ha beslutningskompetanse.

Hvis denne om-defineringen fra tvang til frivillig status gjennomføres, vil det meget sannsynlig medvirke til å redusere tvangstallene. Det vil imidlertid ikke bety noen reell nedgang i tvangen.

Å omdefinere tvang til frivillighet er særskilt betenkelig tatt i betraktning at skjult tvang og tvang uten vedtak allerede i dag beskrives som et alvorlig problem, og at vedtakstvungen kun er toppen av isfjellet hva gjelder reell tvangsbruk, målt som fravær av fritt og informert samtykke, i det psykiske helsevernet.

Forlenget undersøkelsestid før vedtak om tvangsmedisinering § 5-4

En forlengelse av undersøkelsestiden før tvangsmedisinering kan iverksettes til 6 døgn vil muligens kunne forhindre noen tilfeller av tvangsmedisinering, og vil således være en forbedring fra dagens 3 døgn. WSO mener at tvangsmedisinering ikke er hverken etisk, menneskerettslig eller medisinsk forsvarlig, og ikke skal tillates overhodet.

Kontrollmekanismene

WSO støtter konklusjonen om at kontrollordningene og kontrollkommisjonene ikke fungerer.

Enkelte av forslagene, som rett til gratis advokathjelp og rett til domstolsbehandling ved tvangsmedisinering kan isolert sett være en forbedring, men forutsetter at tvangsmedisinering og frihetsberøvelse etter gjeldende vilkår fortsetter, noe WSO mener ikke etisk og menneskerettslig legitimt.

Vi vil på det sterkeste fraråde at man setter i gang store og omfattende endringer i kontrollmekanismene, uten at man først har gjort grunnleggende endringer i loven, noe som ikke ligger i Paulsrudutvalgets forslag. De foreslåtte endringer i kontrollmekanismene vil være svært ressurskrevende og kreve grundigere utredning, men vil være et spill av tid og ressurser så lenge loven bare flikkes på.

En slik kontrollordningsreform vil være en avledning og en avsporing på veien til de nødvendige grunnleggende endringer.

Utredning av «supported decision-making» modell

WSO støtter utvalget i at modellen for «supported decision making» utredes nærmere.

Konklusjon

Hvis forslagene som ligger i flertallsinnstillingen i NOU 2011:9 gjennomføres, vil det være et stort og vidtrekkende sidespor på veien mot et ikke-diskriminerende samfunn for mennesker med funksjonsnedsettelse, og i strid med Norges internasjonale menneskerettighetsforpliktelser, herunder plikten til å ikke diskriminere basert på nedsatt funksjonsevne.

Lovforslaget tar ikke hensyn til eksisterende forskningsbasert kunnskap om skadevirkningene av tvang, og heller ikke til de mange brukererfaringene som forteller om traumer og alvorlige negative konsekvenser etter tvangsbruk.

Det vil ikke i nevneverdig grad øke hverken rettsikkerhet eller selvbestemmelse for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse/ psykiatrisk diagnostiserte.

Lovforslaget fra utvalgets flertall vil derimot gjennom lovgivningen bidra til å sementere de holdninger, fordommer og grunnantagelser som fører til at mennesker blir utdefinert i forhold til sitt eget liv, og fortsatt legge til rette for omfattende overgrep.

Forslaget er en videreføring av et paternalistisk system som bygger på umyndiggjøring og tilsidesettelse av autonomi og selvbestemmelse.

Som en organisasjon drevet av og for mennesker med nedsatt psykososial funksjonsevne, brukere og overleverer fra psykiatrien, krever vi at den diskriminerende lovgivningen innrettet mot oss fjernes.

Paulsrudutvalgets flertallsinnstilling bør legges i skuffen og bli der, og prosessen med å fjerne/ endre lovgivning som diskriminerer mennesker med nedsatt psykososial funksjonsnedsettelse, og bringe lovgivning i tråd med CRPD må startes. Hege Orefellens dissens er et godt utgangspunkt for dette arbeidet.