



Landsforeningen - We Shall Overcome

Bruker- og interesseorganisasjon for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse

Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597

post@wso.no – www.wso.no

Høringsuttalelse NOU 2019:14 - Tvangsbegrensingsloven

Innledning

WSO skrev i vårt høringsinnspill til tvangslovutvalget i 2017;

«Vi krever et ikke-diskriminerende lovverk som beskytter oss mot overgrep, gir oss rett til helsehjelp basert på fritt og informert samtykke på lik linje med andre og gir rett til å velge behandling eller velge bort behandling vi ikke ønsker.

WSO vil uttrykke stor skuffelse over resultatet av tvangslovsutvalgets arbeid og flertallsinnstillingen som er presentert i NOU 2019:14, vurdert opp mot dette. Det er ikke foreslått grunnleggende endringer som vil forhindre overgrep, rokke ved maktfordelingen i det psykiske helsevernet, fjerne vide og skjønnsmessige tvangshjemler eller som vi kan se at i praksis vil øke pasientenes selvbestemmelse på noen avgjørende måte. Lovforslaget gir fortsatt stor og nærmest eneveldig makt til fagfolk, og gjør oss fortsatt avhengig av «gode intensjoner og godt klinisk skjønn».

Lovforslaget bygger fortsatt videre på en diskriminerende og medisinsk modell, en modell i strid med FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

NOU 2019:14 inneholder mange ord, og lite endring!

WSO var forberedt på at et lovforslag ikke ville være i tråd med CRPD, ut i fra manglende utvikling i retning CRPD fra myndighetenes side ved å opprettholde tolkningserklæringer og ikke inkorporere CRPD i norsk lov. Vi hadde allikevel ut ifra utvalgets mandat forventet at det skulle være en bevegelse i riktig retning, og klare innstramminger og forbud mot deler av dagens praksis.

WSO har kjempet for endring av lovverk, og mener fortsatt en omfattende lovendring er nødvendig. Vi ser imidlertid ikke at forslaget til ny tvangslov svarer på utfordringene vi har. Forslaget gjør knefall for psykiatrisk praksis, fremfor å sette en klar standard hvor enkeltmenneskets rettigheter er utgangspunkt. Det er en gjennomgående ignorering i utvalgets flertall sine vurderinger og konklusjoner av faglig kunnskap, menneskerettslig

utvikling og oppdaterte standarder, og kunnskap og erfaringer om skader og konsekvenser av tvang.

Lovforslaget er ikke et skritt i retning av CRPD, men sementerer den bestående medisinske modellen og vil dessverre hindre utvikling i retning av CRPD.

Vi anerkjenner utvalgets gode intensjoner om å få en tvangsreduksjon, men gode intensjoner har vi omfattende erfaring med og vi vet at det vi trenger er rettigheter ikke intensjoner.

WSO viser til vårt felles hørings svar med andre fag/interesse/borger- organisasjoner.

WSO:

- Støtter ikke lovforslaget som helhet, og anbefaler ikke at dette gjennomføres, til tross for enkelte gode forslag.
- støtter utvalget i at det må utarbeides modeller for beslutningsstøtte.
- støtter den generelle dissensen til Jens Petter Gitlesen og Vibecke Erichsen.
- støtter dissensene fra Gitlesen og Erichsen om tvangsmedisinering og elektroshokk uten fritt og informert samtykke.

Skader under og etter tvangsbruk

«Tvang kan redde liv og helse. Men like mye kan tvang ta liv og helse. Jeg mener lovverket indirekte sier at livene til de som får sine liv ødelagt av tvang er mindre verdt enn de som ikke får hjelp dersom tvang ikke lenger er et alternativ. Er det slik at alle de skadelidte pasientene skal måtte betale prisen for de som faktisk nyttiggjør seg av tvang. Og hvordan kan man egentlig kreve det av noen. Rent etisk. For jeg kan ikke huske at jeg ble spurt.»

H.W WSO-medlem¹

Utvalgets flertall hevder at de gjør en avveining mellom forskjellige menneskerettigheter, som retten til autonomi og retten til helse. Men den egentlige avveiningen de gjør, selv om de ikke anerkjenner dette, er at de som faktisk får helsehjelp ved bruk av tvang prioriteres over de som blir påført helseskade av tvang.

Man kan ikke ut i fra historiene til nåværende og tidligere pasienter i psykisk helsevern legge til grunn at innleggelse eller behandling nødvendigvis er et gode som fører til at retten til helse ivaretas. 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/ behandling alltid er et onde, av akkurat samme 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 lovverk 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. Å ikke utsette mennesker for skade må være første prioritet.

¹ Innlegg på [høringsmøte om tvangsbehandling 17.okt.19 arrangert av WSO](#)

Flertallets vurderinger ser ut til å legge til grunn at psykisk helsevern er et gode for pasienten, uavhengig om man bruker tvang eller ikke. Tvang i helseformål anses det ikke som like alvorlig som andre former for frihetsberøvelse og tvangsinngrep. Når dette er et premiss anses det ikke nødvendig å gi vern mot integritetskrenkelser og rettsikkerhet på lik linje med andre borgere. 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, også når det utføres med tvang, står i sterk motsetning til hva pasienter forteller, hvor de beskriver alvorlig skade, noe som også bekreftes av forskning.

En kunnskapsoppsummering gjort for Paulsrud-utvalget viser en rekke skader ved tvang dokumentert i forskningen, og oppsummerer slik; *Til tross for at opplevelser og erfaringer med tvang er varierte, gir litteraturgjennomgangen et solid grunnlag for å si at tvang kan føre til ulike former for skade, til dels av svært alvorlig karakter. Den kan også bidra til å redusere brukernes opplevelse av psykisk helse.*

Tvang er «høy-risiko-intervensjoner» både for pasienter og personalet.

Norvoll 2011

I en nylig artikkel i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid² «Livslange psykososiale og psykoøkonomiske følger etter tvangsmedisinering» står det; *Blir vi som har de levde erfaringene tatt på alvor? Inntrykket er at det er enkelt å avvise erfaringer med at vi kommer med enkelthistorier. Vi vet at vi er mange som har lignende erfaringer og som lever med etterdønninger i form av PTSD-reaksjoner. Helsetilstanden har for mange blitt betydelig dårligere enn den var i utgangspunktet, etter å ha blitt utsatt for intervensjoner og tvang.*

Artikkelen viser til påførte skader etter tvang, hvor av mange er tilsvarende som i Norvolls oppsummering;

- Bærer på skam det er vanskelig å dele med andre enn de som har lignende erfaringer
- Traumer, Stadig trigging av traumeerfaringer fra overgrep
- Mangel på traumeinformerte tjenester fører til re-traumatisering
- Våger ikke å leve fullt ut fordi vi lever i frykt for nye overgrep
- Svekkede kognitive funksjoner er ikke uvanlig
- Vanskeligheter med å stole på helsepersonell, Stoler ikke på Kontrollkommisjoner eller Fylkesmenn som klageinstanser. Tvilende til muligheten til å være et selvstendig rettssubjekt
- Ber ikke om helsehjelp av frykt for re-traumatisering, tvangsmedisinering og nye runder med overgrep
- Tap av venner, familie og sosiale nettverk
- Utenforskap

² Siv Helen Rydheim, Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4/19 «Livslange psykososiale og sosioøkonomiske følger etter tvangsmedisinering, i et menneskerettighetsperspektiv»

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, tvangselektrosjokk og skjerming. Vi vet mer enn nok i dag om skader påført av tvang og tvangs-behandling, til at myndighetene har et moralsk ansvar for å gi beskyttelse mot overgrep også til psykiatriske pasienter vurdert til å mangle beslutningskompetanse. 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.

Menneskerettigheter og Diskriminering

Forslaget til ny tvangslov har tatt alle særbestemmelsene fra psykisk helsevernloven og flyttet de inn i en felles tvangslov. Det er fortsatt er en rekke særbestemmelser om tvangsbehandling av psykiske kriser, og det ser ut som hele tankegodset som ligger bak en særlovgivning er videreført. Det er ikke gjort noe grundig oppgjør eller gjennomgang av mytene om at mennesker med psykososiale funksjonshemminger er «mer egnet» for tvang enn andre, om tvangsbruken er forholdsmessig og nødvendig og om tvangsbruk har en annen/mindre/ bedre konsekvens for oss enn for befolkningen forøvrig.

Lovforslaget er langt, komplisert og utilgjengelig, og det fyller ikke formålene som lå til grunn i mandatet.

Det er ikke ikke-diskriminerende og i tråd med menneskerettighetene, det er ikke enklere, det er ikke mindre stigmatiserende og det har ikke reell tvangsreduksjon som sannsynlig konsekvens.

WSO skrev i innspill til tvangslovutvalget; Forbudet mot diskriminering er grunnleggende i menneskerettighetene. CRPD og komiteens tolkning av konvensjonen sier hvordan dette skal forstås for mennesker med funksjonshindringer, ikke med særregler men med tilrettelegging for å kunne nyte godt av alle menneskerettigheter på lik linje med andre. Et sentralt punkt er opphør av diskriminerende tvang.

Det er viktig å forstå at det er selve den diskriminerende tvangen som skal opphøre. Det handler ikke om å om-regulere tvangen i et tilsynelatende ikke-diskriminerende lovverk, men at mennesker med funksjonsnedsettelse ikke skal utsettes for tvang i større grad enn andre.³

I kapittel 7 om menneskerettigheter og kapittel 13 om utvalgets verdisyn er det åpenbart at den Europeiske Menneskerettsdomstolen (EMD), og den medisinske modellen som den Europeiske Menneskerettskonvensjonen (EMK) er bygget på, har lagt premissene for flertallets vurderinger. Flertallet anerkjenner at også EMD har endret sin praksis etter CRPD, men mener allikevel at et nytt lovverk skal bygge på «etablert menneskerettslig praksis», utviklet i en tid der nedsatt funksjonsevne ikke var anerkjent som diskriminerings-grunnlag og der sinnslidelse, alkoholisme, (og løsgjengeri..) var legitime grunner for frihetsberøvelse.

³ <http://wso.no/wp-content/uploads/2017/11/Innspill-til-Tvangslovutvalget-WSO-2017-.docx>

Med CRPD kom et oppgjør med denne «tradisjonelle menneskerettslige forståelsen». Et nytt lovverk som skal være rustet for fremtiden må ta opp i seg de store endringene som skjer og allerede har skjedd. Lovforslaget er gammeldags og bygger på utdatert tankegods, og legitimerer fortsatt diskriminerende tvang og overgrep mot mennesker med funksjonsnedsettelse.

Om CRPD skriver flertallet: *Selv om utvalgets flertall ikke kan slutte seg til CRPD-komiteens prinsipielle avvisning av psykisk funksjonsnedsettelse som ett blant flere vilkår for bruk av tvang, herunder frihetsberøvelse, er konvensjonen og komiteens holdninger likevel en inspirasjonskilde for arbeidet med kritisk å gjennomgå begrunnelsen for når og på hvilken måte psykisk funksjonsnedsettelse bør inngå i lovgivningen. s 182*

Utvalgets flertall har redusert våre menneskerettigheter til «en inspirasjon», men ikke noe som skal ha konkrete konsekvenser for loven. Det synes som om utvalgets flertall ikke forstår eller godtar CRPDs ikke-diskriminerende grunnlag, og avviser det uten å ha en grundig gjennomgang av konvensjonens forpliktelser. Dette er en spesiell behandling av en FN-konvensjon Norge har ratifisert, og er etter vårt syn ikke i tråd med utvalgets mandat.

FNs spesialrapportør for rettighetene til funksjonshemmede kommenterte lovforslaget under sitt Norges-besøk i oktober;
«Selv om jeg bifaller mange av utvalgets forslag, klarer disse fortsatt ikke å beskytte rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne i tråd med internasjonale menneskerettsstandarder, inkludert CRPD.»⁴

Vi viser til Hege Orefellens dissens til Paulsrudutvalget «Selvbestemmelse og Frihet - på lik linje med andre»⁵, som gir en grundigere vurdering av CRPDs betydning enn utvalgets gjennomgang. Utviklingen internasjonalt fra 2011 til i dag har i all hovedsak støttet opp om dissensens konklusjoner.

Retten til helse og den biomedisinske modellen

«Jeg har hatt store somatiske og psykiske helseplager på grunn av behandlingen jeg fikk. Jeg mistet 15 år av livet mitt. Jeg burde hatt en utdanning og jobb, men ble i stedet ufør. Jeg er ikke i live i dag på grunn av hjelpen jeg fikk, men på tross av den. Jeg ville ikke ha den helsehjelpen jeg fikk. Fordi den ikke hjalp. Og fordi den skada. Men jeg fikk den allikevel - på tvang. Det jeg fikk var retten til helsehjelp, men ikke helse....» *H.W, WSO-medlem⁶*

Utvalgets flertall har et sterkt fokus på retten til helse, men legger en snever og utdatert forståelse til grunn. De ser ut til å begrense denne rettigheten til å gjelde retten til helsehjelp, og har som premisse at helsehjelp ikke skader. Men retten til helse handler om mye mer enn det, og sentralt her er retten til ikke å skades. Andre faktorer som påvirker

⁴ «Avsluttende uttalelse om besøket i Norge fra FN's spesialrapportør for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, Catalina Devandas» fra 11. oktober 2019

⁵ Orefellen 2011, NOU 2011:9 Dissens, [Selvbestemmelse og frihet på lik linje med andre](#)

⁶ Innlegg på [høringsmøte om tvangsbehandling 17.okt.19 arrangert av WSO](#)

retten til helse er inkludering i samfunnet, ikke-diskriminering, ikke bli utsatt for helseskade, kontroll over eget liv osv.

Retten til helse innebærer også retten til helsehjelp gitt på grunnlag av *fritt og informert samtykke*. FN-Komiteen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) som overvåker retten til helse har kommet med klare anbefalinger til Norge om å forby tvangsbehandling med medikamenter og elektroshokk, og å sikre fritt og informert samtykke.⁷

FNs spesialrapportør helse, Dainius Puras etterlyser en revolusjon på psykisk helsefeltet, hvor man går bort fra tradisjonell tenkning og praksis og over til en rettighetsbasert tilnærming. *«Det finnes nå utvetydig dokumentasjon og bevis på et mislykket system som i for stor grad støtter seg på den biomedisinske modellen i psykiske helsetjenester, og den økende bruken av psykofarmaka, og likevel består disse modellene. Dette mønsteret eksisterer i alle land uavhengig av nasjonal inntekt. Politisk vises stor svikt i det å integrere kunnskap og stemmene til de som er mest berørt. Det er fravær av respekt, av beskyttelse, av retten til helse.»*

Spesialrapportøren tar et kraftig oppgjør med troen på at biomedisinsk behandling er medisinsk nødvendig i de fleste tilfeller. *«Disse mytene, og praksisen med tvang som fortsatt er utbredt i psykiske helsesystemer i dag, fører til stigma og diskriminering.»*⁸

Nåværende psykisk helsevernlov er allerede fundert i den medisinske modellen. Med en felles tvangslovgivning som ikke tar et oppgjør med dette tankegodset medfører en fare for å øke medikaliseringen i de lovverkene som i dag er mer sosialt fundert. Endring av enkeltord, som å gå fra pasient til person, bøter ikke på dette.

Utvalgets flertall bringer lovverket i feil retning, det er ikke fremskritt men sementering av den feilslåtte medisinske modellen.

Endring av tvangsbegrepet

Utvalgets flertall forslår å innsnevre tvangsbegrepet til å kun gjelde der personen viser motstand. Det vises til at dette er den definisjonen som brukes i pasientrettighetsloven. Det vil være en stor innsnevring fra dagens definisjon av tvang i psykisk helsevern loven, som er mangel på samtykke. Dette er svært problematisk av flere grunner.

Fritt og informert samtykke er en viktig og sentral standard i helselovgivningen som skal sikre at man gir/ ikke gir samtykke på riktig og fritt grunnlag, det handler ikke kun om direkte tvangsbruk. Fritt og informert samtykke er også den standarden som er etablert i menneskerettighetene. Vi kan ikke se at det er dekning, heller ikke i følge praksis fra EMD, for at et snevert tvangsbegrep basert på motstand er i tråd med menneskerettighetene.

Selv om en innsnevring av tvangsbegrepet naturlig nok kan føre til færre tvangsvedtak, er ikke det det samme som at det fører til mindre reell tvang. Det vil bli en ytterligere tilsøring av hva personens reelle situasjon er, der en person som ikke har noe egentlig valg, fordi det vil brukes tvang hvis vedkommende uttrykker motstand, regnes som frivillig.

⁷ 2013. Committee on Economic, Social and Cultural Rights «Concluding observations on the fifth periodic report of Norway E /C.12/NOR/CO/5.

⁸ 2017 Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/2

Forslaget om endring av tvangsbegrepet kommer som en «følgefeil» av å frata mennesker beslutningskompetansen. At hjelp skal være lett tilgjengelig uten tvang må sikres ved å følge vedkommens vilje og preferanser, ikke ved å lage et nytt tvangsbegrep som kun dekker en andel av tvangen.

Utvalgets argumenter for at det er ugyldige samtykker som handler om at vedkommende ikke har kompetanse til å samtykke, altså at det er en feil hos personen. Vi er enig i at ugyldige samtykker er et stort problem innen psykisk helsevern, men heller på grunn av systemets undertrykkende karakter og mangel på korrekt informasjon, altså at det er en feil i systemet.

Forskning på opplevd tvang viser at en andel av de som har formelle tvangsvedtak ikke opplever seg tvunget i særlig grad. Tilsvarende er det en andel av de som ikke har formelle tvangsvedtak som opplever seg tvunget i sterk grad. Begrunnelsen for et snevert tvangsbegrep forsøker å løse så den første gruppen ikke skal ha tvangsvedtak, og er opptatt av at det for disse kan oppleves stigmatiserende å være underlagt tvang. Den andre gruppen blir ignorert, og deres situasjon blir verre med lovforslaget.

Det kan være en rekke årsaker til at mennesker ikke uttrykker motstand i psykisk helsevern. Alle følgende eksempler har WSO sett i praksis, og mye er også underbygget i forskning på skjult/ uformell tvang.

- Frykt for mer tvang (eks. at en person aksepterer medikamenter fordi vedkommende opplever det som ekstremt ydmykende å bli utsatt for tvangs-injeksjon).
- Frykt for tvang uten døgn ved utskrivelse – at en person ikke ønsker å uttrykke motstand mot medisinerer fordi det øker risikoen for en langvarig tvangsbehandling.
- Frykt for en annen tvangsbehandling man har opplevd før – at en person «samtykker» til elektroshokk, ikke fordi man ønsker det men fordi man prøver å unngå tvangsmedisinering og blir stilt ovenfor valget mellom frivillig elektroshokk og tvangsmedisinering.
- Mangel på valg – at en person blir stilt ovenfor valget om eks. elektroshokk eller ingen hjelp.
- Mangel på informasjon eller feil informasjon – at man ikke får korrekt og objektiv informasjon om inngrepet og risiko. Dette er et utbredt problem når det gjelder medikamenter og elektroshokk.
- Underkastelse fordi man ikke har noe valg – at en person aksepterer innleggelse fordi man vet at alternativet er tvangsinnleggelse.

Utvalget har selv en svært god beskrivelse; *Problemstillingen er mer generelt aktuell for personer i psykisk helsevern som tidligere har opplevd alvorlige traumer. Den mest grunnleggende alarm- eller overlevelsesreaksjon vi har er det man kalles «immobilisering», som er en slags overgivelses/resignasjonsrespons når faren/overmakten er overveldende, eller når man har lært at det ikke finnes noen fluktmulighet. Samme reaksjonsmønster kan utløses i nye situasjoner hvor man opplever overmakt, for eksempel i et usymmetrisk maktforhold i en behandlingssituasjon, eller hvis personen er redd for å bli utsatt for tvang. Det er en helt annen fysiologi i denne type reaksjoner, enn når man har en fight/flight reaksjon. Da er aktiveringen høy. Ved immobilisering blir den lav, pulsen går ned,*

respirasjonen blir roligere, man blir slapp og føyelig, og omgivelsene kan oppleve personen som snill, medgjørlig eller samarbeidsvillig. Det er ikke desto mindre en sterk frykt- eller overlevelsesreaksjon. S 369

Utvalget går allikevel ut i fra at den mest inngripende tvangen er den som skjer ved motstand. Dette er en forenkling/ feilslutning i forhold til tvangsutsattes erfaringer, det har en høy personlig kostnad å underkaste seg tiltak man ikke ønsker, og man påføres skade uavhengig av formelle tvangsvedtak.

Skjult/ ikke formell tvang er naturlig nok vanskelig å lovregulere. Vår beste beskyttelse mot skjult tvang vil være en skjerping for å sikre fritt og informert samtykke. Dette har ikke fått noe fokus fra utvalgets flertall.

Utvalget skriver at «*det er ikke mulig å redusere tvangsbruken uten å gjenkjenne tvangen*». Det er vi enig i, men flertallets forslag til tvangsdefinisjon vil ha motsatt virkning og tilsløre hvilken tvang folk utsettes for.

Antatt samtykke

Kravet om antatt samtykke som eget vilkår er en stor endring i positiv retning, og er muligens det sterkeste forslaget fra flertallet. Antatt samtykke tar som utgangspunkt at vedkommendes vilje skal respekteres når det er vanskelig/ umulig å få et fritt og informert samtykke, og er en bevegelse i retning av CRPD.

For å vite noe om hvordan dette vil praktiseres og hvilken effekt det vil ha, er det allikevel nødvendig å se på hvordan praksis er i dag i forhold til lovverk.

Krav om antatt samtykke er ikke et eget vilkår i psykisk helsevernloven, men det skal så lang som mulig tas hensyn til pasientens syn på tvangs tiltak⁹, og det skal også redegjøres for forhåndserklæringer/uttalelser om tidligere erfaringer med bruk av tvang ved tvangsbehandlingsvedtak.¹⁰

Vår erfaring er at pasientens syn og erfaringer med tvangstiltak i liten grad blir tillagt avgjørende vekt når man vurderer tvangsbruk, hverken i institusjonene eller i klageinstansene. Eksempelvis kan en pasient som gjentatte ganger har tatt saken sin til tingretten og har et uttalt mål og erfaring over lang tid om medisinfri behandling allikevel bli tvangsmedisinert og tape klagebehandling. Mange av våre medlemmer har svært tydelig uttalt seg om hvilke skader tvangen har utsatt dem for, uten at det har gitt noen beskyttelse som tvangs-behandling.

Det er også umulig å gå ut i fra noen objektiv sannhet om «hva mennesker med beslutningskompetanse ville ha valgt» når det gjelder behandling i psykisk helsevern. Det er ikke noen generell enighet om at behandlingen faktisk er et gode, eller at «sykdommen» som skal behandles faktisk er en sykdom. Man har heller ikke generelle holdepunkter for at behandlingen som gis er livreddende eller at den forhindrer vesentlig helseskade. Man kan ikke gå ut i fra at vedkommende ville valgt denne behandlingen, men det er nettopp det man går ut i fra i dag, også når personen selv har uttrykt og uttrykker det motsatte.

⁹ Lov om psykisk helsevern §4-2 Personlig integritet

¹⁰ Lov om psykisk helsevern § 4-4 a. 8 Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Utgangspunktet og endepunktet for å fastslå vedkommendes vilje må være personen 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 at tvang «etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende» 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 antatt samtykke.

Psykisk helsevern har en lang og ubrutt tradisjon på å frata mennesker den helt grunnleggende retten til å si om noe hjelper eller skader en selv. Dette er et av de sterkeste uttrykkene for den totale definisjonsmakten over enkeltpersoner psykiatrien har tilrøvet seg. Man selv kan oppleve at livet blir mer smertefullt og at behandlingen skader og allikevel bli møtt med at «dette hjelper deg, du er bedre nå».

Krav om antatt samtykke er viktig og riktig, og noe vi støtter. For at det skal få en effekt i praksis må man få en helt annen forståelse av retten til selvbestemmelse enn det som råder i psykisk helsevern og i klageorganene i dag. Man må også få en anerkjennelse av tvangens skadepotensial, og også skadepotensialet i de rådende behandlingsformene. Dette kan vi ikke se at vil skje kun ved innføring av antatt samtykke som et vilkår i en lov som i all hovedsak handler om å frata selvbestemmelse. For oss ser det ut til at utvalgets flertall heller ikke helt «tror på» at dette skal gjennomføres strengt, en egen reservasjonsrett om tvangsmedisinering, med alle formkravene som ligger i det forslaget, burde ikke vært nødvendig hvis antatt samtykke konsekvent skulle legges til grunn.

Beslutningskompetanse som inngangsvilkår

«Beslutningskompetansen min i høve til tvangs-behandling vil for øvrig aldri bli anerkjent: I siste epikrise står det svart på hvitt at eg er imot nevroleptika på grensa til det sjukelige, - også når eg er frisk!»
WSO-medlem

En modell med fratagelse av beslutningskompetanse er ikke i samsvar med CRPD¹¹, noe utvalget også anerkjenner. Det er heller ikke et skritt i riktig retning for å komme i overenstemmelse med konvensjonen.

Beslutningskompetanse er ikke en målbar størrelse, og det er overlatt til helsepersonells skjønn å vurdere om du har den eller fratras den. Det utgjør et rettssikkerhetsproblem at det samme helsepersonellet som avgjør hva slags behandlingsbehov personens anses å ha, også tildeles kompetanse til å avgjøre personens beslutningskompetanse. Når man ser på høyesterettsdom fra 2018¹² om vurdering av samtykkekompetanse, så finner man en tydeliggjøring av at definisjonsmakten ligger hos helsepersonell, og at retten i liten grad gjør en selvstendig vurdering av grunnlaget. Høyesterett har ved denne dommen lagt en lav terskel for fratagelse av samtykkekompetanse. Å forstå, anerkjenne, resonere og vekte¹³ blir redusert til manglende sykdomsinnsikt, som igjen i stor grad handler om å godta

¹¹ 2014, CRPD General comment no. 1. CRPD/C/GC/1

¹² Høyesteretts dom HR-2018-2204-A

¹³ FARV-kriteriene, som legges til grunn fra Helsedirektoratet og i utvalgets vurderinger om beslutningskompetanse.

psykiaterens definisjon, en omstridt sykdomsmodell, og aksept av medikamenter som skal behandler «sykdommen».

En nylig uttalelse fra Sivilombudsmannen som gjelder beviskravet for manglende samtykkekompetanse i en tvangsmedisinerings sak¹⁴ viser at fylkesmannen ikke har en riktig forståelse av lovkravet ved samtykkevurdering, og bekrefter erfaringen vi har om at disse vurderingene i liten grad overprøves i klageinstansene.

Det er også mangler med den indre logikken, når utvalget skriver om å forsøke å oppnå frivillig medisinering ;

«En forutsetning for at fortsatt hjemmel for tvangsmedisinerings skal kunne forsvares, er at det etableres gode, reelle alternativer som først blir prøvd. Det mest innlysende alternativet, som det burde være unødvendig å nevne, er motivering for frivillig medikamentell behandling. Det må settes av tilstrekkelig tid til å informere om de ulike sidene ved legemiddelbehandling og til diskusjon med den det gjelder om fordeler og ulemper med behandlingen som blir foreslått. Personen må få tilbud om flere samtaler og god tid til å reflektere over saken, og mulighet til å stille spørsmål og til å bli hørt når det gjelder valg av preparat og dosering». s 573

Her skal altså en person som er vurdert til ikke å ha kompetanse til å «Forstå, Anerkjenne, Resonere, Vekte», få god tid til å «reflektere» for å ikke yte motstand.

WSO er enige i at mennesker skal få korrekt, tilrettelagt informasjon og tid til å reflektere, men dette blir meningsløst når det skal gis for å «ikke motsette seg», og med premiss at personen mangler beslutningskompetanse. Det kreves høyere grad av beslutningskompetanse for å nekte enn for å godta behandling. Dette er det ikke grunnlag for i kunnskapsgrunnlaget, og kompetansen vurderes ut i fra underkastelse/ enighet.

Det er mennesker som i løpet av sitt liv aldri vil bli vurdert av helsepersonell til å inneha beslutningskompetanse. Det betyr ikke at disse menneskene ikke har en vilje eller preferanser. Når selvbestemmelse og autonomi knyttes direkte til en kompetansevurdering gjort utenfra blir noen mennesker effektivt ekskludert fra en grunnleggende menneskerettighet.

Definisjonsmakten som ligger innbakt i systemet i dag rokkes ikke ved.

- Fratagelse av beslutningskompetanse er en terskel-modell, som fokuserer på å finne ut OM du kan bestemme selv, ikke HVA din vilje og preferanser er.
- Vurderingen er vilkårlig og skjønnsmessig, og i mange tilfeller helt avhengig av hvem som vurderer.
- Spørsmålet bør være hvordan sikre at en persons vilje og preferanser blir ivaretatt, også i situasjoner/ tilstander hvor det er krevende å forstå og i akutte situasjoner.

¹⁴ 22.10.2019. Sivilombudsmannens uttalelse om Tvangsmedisinerings – beviskravet for manglende samtykkekompetanse

Beslutningsstøtte

Vi viser til den generelle dissensen fra Gitlesen og Erichsen.

Skal en sikre et lovverk fritt for diskriminering og som er i samsvar med CRPD, så bør en begynne å utrede hvordan en best mulig skal hjelpe mennesker med kognitive- eller psykososiale funksjonsnedsettelse til å utnytte sin selvbestemmelsesrett. Da starter en ikke med et hovedvilkår om fratakelse av selvbestemmelsesretten.

Generell dissens s 809

Utvalget skriver; *Utvalget avviser tanken om at beslutningsstøtte kan «løse alle problemer» i den forstand at særregler om tvang er overflødige. Utvalget vurderer det slik at rene beslutningsstøtteordninger fortsatt er på idèstadiet, og at det å utvikle og foreslå en mer gjennomgripende reform, åpenbart sprenger rammene for mandatet. S 436*

Beslutningsstøtte kan ikke «løse alle problemer», det er riktig og heller ikke formålet. Det er ingen modell som vil løse alle problemer, og det etablerte systemet med særregler om tvang løser langt i fra alle problemer.

Vi vil også påpeke utredning av beslutningsstøtte var det eneste enstemmige forslaget fra Paulsrud-utvalget i 2011, uten at myndighetene har gjort noen tiltak i forhold til dette. Det vil forbli på «ide-stadiet» i norsk sammenheng så lenge fratakelse av selvbestemmelse er eneste fokus.

FNs spesialrapportør for rettighetene til funksjonshemmede støttet mindretallets syn i sin uttalelse etter Norgesbesøket i oktober;

« Etter mitt syn bør drøftelsene fokusere på hvordan man iverksetter beslutningsbistand og alternativer til tvang framfor på endringer innenfor eksisterende rettslige rammer. Det er mulig å yte psykiatriske helsetjenester og psykososial støtte uten noen form for tvang, som dokumentert av to institusjoner jeg besøkte her i Norge, basaleksponeringsterapien (BEP) ved Blakstad sykehus og den medikamentfrie avdelingen ved Åsgård psykiatriske sykehus. Tvangstiltak strider ikke bare mot menneskerettighetslover, de er også ineffektive for å beskytte enkeltmennesker, og kan hindre at mennesker søker hjelp og helsetjenester.»¹⁵

Retten til beslutningsstøtte i CRPD kan ikke sees uavhengig fra retten til rettslig handleevne på lik linje med andre. Beslutningsstøtte handler om å sikre selvbestemmelsen, og er ikke direkte knyttet til helseavgjørelser som sådan. Utvalgets flertall sine vurderinger i forhold til beslutningsstøtte viser at de ikke fullt ut forstår grunnprinsippene i CRPD.

CRPD sentrerer ikke rundt tvang, men om selvbestemmelse og rettigheter på lik linje med andre, på alle livets områder.

Det er avgjørende å forstå at CRPD medfører et skifte fra en «beste interesse» modell, til en modell hvor personens vilje og preferanser skal respekteres selv om det avviker fra en samfunnsnorm eller helsepersonells meninger om hva du «burde» velge. Beslutningsstøtte handler om å etablere og gjennomføre personens vilje og preferanser, ikke om å få det til å

¹⁵ [«Avsluttende uttalelse om besøket i Norge fra FNs spesialrapportør for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, Catalina Devandas» fra 11. oktober 2019](#)

korrespondere med helsepersonell/ pårørendes/omgivelsenes behov og ønsker (i større grad enn det som følger av allmenn lovgivning). I bunnen av dette ligger en anerkjennelse av at alle mennesker, uavhengig av forutsetninger eller kompetanse, har en vilje og preferanser og rett til at dette respekteres. Når beslutningsstøtte settes inn i en sammenheng hvor du skal få beslutningsstøtte inntil du blir fratatt beslutningskompetansen mister det mye av sin mening. CRPD opererer ikke med en slik terskelmodell, personens vilje og preferanser skal ligge til grunn hele veien, også når det gjelder beslutninger om helse. Også i akutte situasjoner (i den grad det finnes ikke-diskriminerende, objektive inngrepshjemler) skal personens vilje og preferanse være styrende for hva slags inngrep man kan gjøre uten fritt og informert samtykke. Dette er en rettighet som de fleste mennesker i Norge tar som en selvfølge, men som mennesker med psykososiale og/eller intellektuelle funksjonshemninger blir fratatt systematisk.

Bakgrunnen for at CRPD ble til handler i stor grad om en erkjennelse av at det foregår systematiske overgrep mot funksjonshemmede i alle land, uavhengig av kultur og rettssystem. Også i Norge. Når CRPD går bort fra en «beste interesse» modell så er det fordi konsekvensene av slik modell allerede er god kjent, og har feilet i å ivareta funksjonshemmedes menneskerettigheter. Det er på denne bakgrunnen uakseptabelt at utvalget bruker noen få sider på beslutningsstøtte, som de avviser som «ikke prøvd og derfor utenfor mandatet» og resten av de 800 sidene på fratagelse av selvbestemmelse; **når og hvordan bruke tvang**. Det er ingen tvil hva utvalget har brukt mest tid på, og som også er det konkrete resultatet i lovforslag, og vi mener dette ikke er i tråd med mandatet om å bringe lovgivningen i tråd med menneskerettighetene.

Det er ingen modell som «løser alle problemer», og utvalgets lovforslag ligger langt unna å engang forsøke å løse problemene for de som blir skadet av dagens system.

WSO støtter utvalget i at det må utarbeides modeller for beslutningsstøtte.

Tvangsmedisinering

Vi viser til dissens fra Gitlesen og Erichsen «Forbud mot tvangsmedisinering» som vi støtter.

Jeg har mistet hukommelsen og selvrespekten på grunn av psykiatriske medisiner som tar livet av kropp og sjel. Det synes godt på meg at jeg har gått på kjemiske stoffer som psykiatrien deler ut. Nerveskader i armer og bein. Grått og falmet hår. Overvekt. Nedslitt. Møkkete klær. Skjev nakke. Sikling. Sakte bevegelser. Nå vil jeg ikke bli mobbet og mishandlet mer. Nå vil jeg beskyttes fra psykiatri og ikke kjøres i mer kjemikalier som ikke er medisiner i det hele tatt men ren skjær nervegift. WSO-medlem, kvinne 39 år

Kunnskapsgrunnlag om medikamentenes virkning.

Utvalget gjør godt rede for det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget om nevroleptikas¹⁶ virkning. Vi vil derfor ikke gå i detalj om dette, for uten å oppsummere hva NOUen viser;

¹⁶ Vi velger å bruke betegnelsen nevroleptika i stedet for antipsykotika som er misvisende, da medikamentene ikke er vist å ha noen spesifikk antipsykotisk virkning, men heller er tunge dempende medikamenter med generell virkning på hele systemet.

- Nevroleptika gir kvalifisert positiv effekt for mellom 1 av 6 og 1 av 10 personer. s 241
- Dette er basert på forskning på frivillig medisinerer, man kan gå ut i fra lavere effekt når det gjelder tvangsmedisinering, fordi den uspesifikke positive effekten, som ikke kan knyttes til medikamentets virkning (plaseboeffekten) er redusert. s 250
- Nevroleptika kan ha mange og alvorlige bivirkninger og langtids skadevirkninger, psykiske, metabolske, motoriske. Det er risiko for Malignt nevroleptika-syndrom, som kan ha **dødelig** utgang. Bivirkninger og skadevirkninger forekommer uavhengig av positiv effekt. s 247-249

Vi mener utvalget har tatt for lett på spørsmålet om overdødelighet og dødsfall som direkte følge av nevroleptika, med kun en kort henvisning til at det «er under debatt». Mennesker diagnostisert med psykose/ bipolar lidelse har en forkortet levealder i Norge på mellom 24 – 27 år. Hvor stor del av dette som skyldes medikamentene er ikke dokumentert, mye på grunn av fagfolks motvilje til å forske direkte på dette. Plutselig død som følge av nevroleptika-bruk blir ikke fulgt opp av tilsynsmyndighetene. Dette er særskilt alvorlig når mennesker fratras retten til å si nei til medikamentene og det ikke er snakk om at man selv velger en risiko, og det er uakseptabelt at utvalget ikke ser på dette.

Psykiske skader ved tvangsmedisinering

Tvangsmedisinering er noe av det mest inngripende et menneske kan utsettes for. Det handler om å kjemisk endre tanker, følelser og sjelsliv, mot noens vilje. Utvalget har tatt med noen beskrivelser av hvordan mennesker opplever dette, som sinne, redsel, hjelpeløshet, «ingen følelser, bare en merkelig, sprø, tom følelse, ingen aktivering, ingen spenning, ingen glede, ingenting», zombie, hjernevasket, hjernedød, «et sjelespisende materiale».

Når utvalget skal gjøre sine vurderinger skriver de ; *Utvalget mener derfor at det er vanskelig å argumentere for en videre hjemmel for tvangsbehandling enn vi har i dag. Det faglige grunnlaget for behandling med antipsykotiske midler skulle snarere tilsis snevrere inngrepshjemler og forsterkede kontrollmekanismer. S571*

Her synliggjøres en manglende vilje til å gjøre en reell vurdering av om dagens praksis overhodet kan forsvares. En vurdering av om man overhodet skal ha inngrepshjemler for tvangsmedisinering kan ikke hvile på at det er lang tradisjon eller at det tidligere har vært antatt at medikamentene har mye større virkning for flere enn de faktisk har.

Sivilombudmannens to avgjørelser om tvangsmedisinering fra 2018 og 2019 er første gang det har vært gjort en konkret rettslig vurdering av om vilkåret for høy sannsynlighet for positiv effekt blir fulgt, som er basert på objektive kriterier fremfor hva psykiatere hevder. Sivilombudsmannen konkluderte med at loven ikke ble fulgt.

Utvalget viser til en høyesterettsdom fra 2001 som en motsetning til Sivilombudsmannens avgjørelser, og konkluderer med at «dagens rettskilde bilde er sprikende». I denne dommen vises det nettopp til en prognose som kun er begrunnet i psykiaterens utsagn, og som det ikke er dekning for etter oppdatert forskning. At psykiatere tidligere har hevdet og fortsatt hevder at de har sikker kunnskap er ikke noe nytt. Det store spørsmålet er om de har noe

objektivt grunnlag for denne sikkerheten utover sin egen mening, noe kunnskapsgrunnlaget viser at de ikke har. Mange psykiatere har en type «behandlingsoptimisme», som ser ut til å være fundert mer i deres tro på medikamentenes virkning enn i objektiv kunnskap.

Her ser det ut til at vurderingen av rettskildene ikke tar høyde for innholdet og begrunnelsen i Sivilombudsmannens avgjørelser, og det faktum at domstolene ikke tidligere har prøvd akkurat dette. Vi synes det er påfallende at det legges inn så stor innsats fra utvalgets side i å forsøke å forsvare dagens praksis, fremfor å se etter hva som er riktig forståelse. At noens «tro» skal være avgjørende for at andre skal utsettes for tvang er urimelig, og ikke akseptabelt i et demokratisk samfunn.

Vi kan heller ikke se at utvalget har gjort store nok innsnevringar til at det vil gi en faktisk beskyttelse mot tvangsmedisinering.

- Den generelle innstrammingen til «fare for vesentlig helseskade» gjelder også for tvangsmedisinering. Slik utvalget beskriver «fare for vesentlig helseskade» sammen med vilkåret «sterkt behov» er dette allikevel sterkt skjønsmessige vilkår som er avhengig av psykiaterens syn på medisinering, og i praksis vil preges av både av troen på medikamentene og mistroen til andre alternativer.
- Det er en utvidelse av observasjonstiden fra 5 til 7 dager i §6-10.6, med krav til tilbud av ikke-medikamentell behandling. Samtidig er det en unntaksbestemmelse for dette ved fare for vesentlig helseskade. Dette gir lite mening, når inngangskriteriet til tvangsmedisinering i §6-5 også er fare for vesentlig helseskade, unntaksbestemmelsen ser derfor ut til å gjelde alle. Vi mener dette viser at utvalgets flertall ikke selv helt tror på at innstrammingen til fare for vesentlig helseskade faktisk skal bety en reell innstramming på hvem som kan tvangsmedisineres.
- En senkning av beviskravet ved første gangs medisinering til «alminnelig sannsynlighetsovervekt» er en utvidelse i forhold til dagens beviskrav på «stor sannsynlighet».
- Krav om tilbud av ikke-medikamentell behandling er bra, og burde være en selvfølge. Men som utvalget selv skriver så er et økt fokus på alternativer til tvang ment til å skulle bidra til positive holdningsendringer i tjenestene. Dette er noe annet enn enkeltmenneskets rettsikkerhet og rett til beskyttelse mot overgrep. Vi må ha en rett til å si nei til behandling som ikke er avhengig av hvor gode tjenester som tilbys.

Utvalget skriver videre; Utvalgets flertall (alle medlemmene, unntatt Erichsen og Gitlesen) har stor forståelse for et ønske om forbud ut fra det kunnskapsgrunnlaget som i dag foreligger om virkninger og bivirkninger. Et så radikalt grep vil imidlertid forutsette en gjennomgripende omlegging av tjenestene for å unngå alvorlige konsekvenser for så vel pasienter som pårørende. Dette er ikke mulig å få til på kort sikt. S 572

Et totalforbud anses som for ytterliggående ved at enkelte personer som kunne unngått vesentlig helseskade med hjelp av medikamenter, må leve med alvorlige symptomer som leder til stort funksjonstap. Dette er en alvorlig omkostning når det også tas hensyn til at alvorlige psykiske helseproblemer ofte debutterer i tidlig voksenalder. Utvalgets flertall ønsker

derfor fortsatt en åpning for tvangsbehandling med medikamenter og ser dette som nødvendig ut fra et gjennomgående synspunkt om at det – under sterke rettssikkerhetsgarantier – skal kunne gripes inn for å hindre vesentlig helseskade. S 573

At tvangsmedisinering kan ha påført helseskade som *resultat* er ikke tatt med i denne avveilingen, kun *intensjonen* om å hindre helseskade. At «enkelte personer kunne unngått vesentlig helseskade ved hjelp av medikamenter», må veies opp mot at andre personer blir påført vesentlig helseskade, på grunn av tvangsmedisinering. Det må også tas med i vurderingen at psykiatrien ikke er i stand til å vurdere på forhånd hvem som vil få helsehjelp som resultat og hvem som vil få helseskade. I vår erfaring er de heller ikke i stand til å vurdere det underveis, og ofte heller ikke i etterkant (se avsnitt om skade av tvang).

Denne avveilingen er naturlig nok veldig mye vanskeligere å ta, men det er uakseptabelt at utvalget ekskluderer deler av virkeligheten for å kunne gjøre en enklere avveining.

Hva med de som må leve med alvorlig skade og alvorlig funksjonstap som følge av tvangsmedisineringen, altså skader som er påført av helsevesenet. Er de mindre viktige, er skadene mindre, er de færre, hva gjør at dette er greit.

Det rasjonelle valget, etter utvalgets egen oppsummering om virkning og skade, er å si nei til medisinering. Man kan derfor ikke gå ut i fra «antatt samtykke» med mindre dette er spesifikt uttrykt.

Reservasjonsrett mot tvangsmedisinering.

WSO støtter forslag om reservasjonsrett, men slik forslaget er utformet er det så mange unntak/ kriterier at det undergraver reservasjonsrettens betydning.

For at en reservasjonsrett skal gi den tryggheten om ikke å bli tvangsmedisinert som blant annet WSO har etterspurt, må den være «vanntett». Vår erfaring er at hvis psykiatrien får mulighet til å overstyre vil de gjøre det.

For å reservere seg er det krav om at personen har tidligere vært psykotisk og i den forbindelse blitt behandlet med antipsykotiske legemidler.

Dette mener vi er et urimelig krav, som ikke har sammenheng med kunnskapsstatus på nevroleptika, hverken når det gjelder effekt eller skade. Det er ikke riktig å ha som premiss at du trenger særskilte grunner til å reservere deg. At det er vanskelig å forestille seg hvordan det vil være å bli psykotisk hvis du ikke har opplevd det kan nok stemme, men det samme gjelder for alle mer dramatiske ting i livet, uten at man av den grunn blir fratatt retten til å bestemme selv.

En slik bestemmelse vil unnta minst tre grupper som vil kunne ønske å reservere seg;

- Mennesker som har brukt nevroleptika, frivillig eller ufrivillig, og som godt kjenner de negative effektene og opplevelsen ved medikamentene, men som av behandlingsapparatet ikke har vært vurdert til å være psykotiske.
- Mennesker som har opplevd psykose, men ikke brukt nevroleptika. Disse finnes også, selv om det er få som får denne muligheten i dagens system, og vil kunne ha svært velbegrunnede ønsker om å reservere seg.

- Mennesker som har svært god oversikt og kunnskapsgrunnlag, har sett erfaringer med nevroleptika på nært hold, har mistet en nærstående på grunn av medikamenter og tvang, har en klar overbevisning om en annen grunnforståelse av hva psykose er enn den medisinske forståelsen osv.

Hvorfor skal disse menneskene ikke ha rett til å reservere seg mot en behandling som ikke er dokumentert effektiv, og som har god dokumentasjon på skade?

Det er ikke gode grunner til at en reservasjon mot tvangsmedisinering med nevroleptika ikke skal gjelde i nødsituasjoner. Det finnes andre tiltak som kan benyttes. Nettopp i nødsituasjoner er det svært viktig å kunne føle seg trygg på at reservasjonsretten overholdes, da frykt for tvangsmedisinering er med å eskalere akutte situasjoner.

Fare for andre: Igjen, hvor er begrunnelsen for at nevroleptika avhjelper dette.

Medikamentene virker ikke bedre fordi om en person vurderes som farlig. Siden utvalget ikke har gått inn på dette temaet, har vi også valgt å ikke skrive mer om vurderingene rundt fare for andre i denne høringsuttalelsen. Men det er viktig å forstå at de fare-vurderingene som gjøres på fare for andre i psykisk helsevern er svært usikre, og psykiatere har ikke evnen til å forutse fare for andre i større grad enn folk flest. Det er et fåtall som har begått faktiske kriminelle handlinger som har ført til dom. Man kan derfor ikke snakke om fare for andre som en faktisk fare. De som blir utsatt for denne type vurderinger som er uten beviskrav, bør også sikres full rettsikkerhet retten til å velge bort medikamenter.

Vi er enig i at hensynet til barn er viktig. Det er allikevel problematisk å knytte dette direkte til en reservasjonsrett mot en inngripende behandlingsform. Barns omsorgssituasjon må ivaretas på selvstendig grunnlag uavhengig av medikamentbruk. Det bør ikke brukes som pressmiddel for å oppnå underkastelse av en spesifikk behandling, som også kan ha som resultat en dårligere omsorgssituasjon for barn.

Elektrosjokk ved tvang

"Når jeg som 19 åring ble skrevet ut etter et halvt år, 30 kg tyngre av medisinene, traumatisert av tvang, så godt som uten korttidsminne, med enda dårligere selvfølelse og selvtillit, men «kurert», fordi psykiateren mente at ansiktsmimikken min hadde blitt bedre. Det var mer liv i ansiktet mitt. Det er vel kanskje ikke det beste utgangspunktet for å begynne å studere."

WSO-medlem, kvinne på 36 år.

Hun har fått 30 elektrosjokk, opplevd gjentatt tvangsmedisinering og annen tvang, fikk slag i en alder av 35.

Vi viser til dissens fra Gitlesen og Erichsen «Forbud mot elektrosjokk uten eksplisitt samtykke» som vi støtter.

Vi viser også til dissens fra Bjørn Roar Vagle, som vi mener har viktige argumenter og forbehold, selv om vi ikke støtter hans forslag om å regulere tvangselektrosjokk som en prøveordning.

Dette er den mest alvorlige utvidelsen utvalget har foreslått, forslaget innebærer en legalisering av elektrosjokk ved tvang, sammenlignet med dagens lovgivning. Elektrosjokk

uten samtykke er i dag forbudt etter psykisk helsevernloven. At utvalget i «sin termologi» hevder at elektroshjokk på tvang «nå blir forbudt», og sånn presenterer det som en innskrenkning er svært villedende, og er med å tilsløre en svært alvorlig utvidelse.

Åpningen til å bruke elektroshjokk som nødrettsinngrep etter straffeloven ligger i forarbeidene til psykisk helsevernloven, ikke i selve loven. Det er kun tvangsmedisinering og tvungen ernæring som er unntatt forbud mot tvangs-behandling. Dette er begrunnet i at elektroshjokk er en svært inngripende behandling.

Straffelovens nødrettsparagraf angir ikke at noe i seg selv er lovlig, men sier at noe som **ellers er ulovlig** ikke skal straffes hvis det gjøres i en nødrettssituasjon. Når det nå foreslås å gjøre elektroshjokk uten samtykke lovlig etter tvangsbegrensingsloven er dette en legalisering av elektroshjokk på tvang, selv om det blir forsøkt tildekket av en innsnevring av tvangsbegrepet.

WSO har rapportert til forskjellige FN-komiteer om bruk av elektroshjokk uten fritt og informert samtykke over mange år.¹⁷ Vi har tatt opp at elektroshjokk på tvang forekommer i Norge – BÅDE ved bruk av nødrett OG ved ufritt/uinformert/ ugyldige samtykker. Sivilombudsmannens torturforebyggende enhet har også tatt opp både bruk av nødrett, omfattende tvangsbruk i forbindelse med ECT og mangel på fritt og informert samtykke.¹⁸ Vi tok også dette opp på et møte med utvalget 14.12.16, så de har vært godt kjent med denne problembeskrivelsen.

I høringsvar på Behandlingsveilederen i 2017, hadde vi følgende anbefalinger¹⁹;

- *Elektroshjokk kan kun gis med grunnlag i fritt og informert samtykke. Sykehuset må dokumentere at samtykket er fritt (at pasienten ikke er underlagt trussel, press eller utilbørlig overtalelse), og at korrekt og balansert informasjon om potensiell skade, manglende kunnskapsgrunnlag om virkning og tilbud om andre mindre inngripende behandlingsalternativer er gitt i en form pasienten og evt. pårørende forstår. Elektroshjokk under tvang med grunnlag i nødrettshjemmel må opphøre.*
- *Pasientinformasjonen må gjøres tydeligere i forhold til risiko for skade, og manglende forskning må og dokumentasjon av langtidsskader.*
- *Elektroshjokk bør ikke anbefales som førstevalg i noen tilfeller, grunnet svakt kunnskapsgrunnlag.*

Utvalget har overhodet ikke forholdt seg til problemene med å sikre fritt og informert samtykke, og har svart på problemet med tvangs-elektroshjokk på nødrett med forslag om å gjøre det lovlig. Dette er uakseptabelt, og vil både føre til et stort tilbakeskritt i forhold til å komme i tråd med menneskerettighetene, og til at flere kan utsettes for overgrep med loven i hånd.

¹⁷ WSOs rapporter til Menneskeretts-komiteen 2011, Torturkomiteen 2012, ØSK-komiteen 2013, Torturkomiteen 2018, CRPD-komiteen 2019

¹⁸ Sivilombudsmannens årsmelding 2017. Dokument 4:1

¹⁹ WSO 2017. [Høringsvar på Nasjonal faglig retningslinje for bruk av ECT](#)

Effekt og skade ved elektroshjokk

Utvalgets oppsummering av kunnskapsgrunnlaget for effekt bygger i hovedsak på retningslinjen fra Helsedirektoratet, og viser; (s. 255-256)

- lav evidens for effekt ved alle indikasjoner.
- Det er også gjengitt en nyere norsk studie som viser høyt tilbakefall, og at ECT ikke gir langvarig bedring.

I følge de nasjonale retningslinjene har det lenge vært kjent at «ECT kan gi kognitive bivirkninger i form av nedsatt evne til nyinnlæring (anterograd amnesi), redusert hukommelse for hendelser i eget liv før ECT (retrograd amnesi for autobiografisk informasjon) og redusert hukommelse for faktaopplysninger man hadde tilegnet seg før ECT (retrograd amnesi for upersonlige fakta) (1;13;129-133). Dersom pasienten viser tegn til vedvarende kognitive bivirkninger, bør det vurderes å henvise til nevropsykologisk undersøkelse». S 256

Så, i flertallets vurderinger kommer; ... *begge deler dreier seg om bruk av velprøvde metoder der en har forholdsvis god oversikt over effekter og bivirkninger. Mye av skepsisen mot ECT bygger på utsagn uten god støtte i vitenskap, for eksempel påstander om at behandlingen gir hjerneskade. I utgangspunktet er det derfor ikke medisinske forhold som tilsier at ECT må vurderes juridisk eller etisk på annen måte enn behandling med legemidler.* s 591

Dette henger dårlig sammen, det er ganske uforståelig hva utvalgets flertall legger i velprøvde metoder og støtte i vitenskap. At noe har blitt brukt lenge kan da ikke være en begrunnelse i seg selv. Og igjen har skadepotensialet blitt borte i utvalgets vurderinger.

Det finnes ikke noen sentral registrering hos myndighetene av skader etter elektroshjokk, til tross for at dette har vært etterspurt i svært mange år. Historiene om skade, som vi har mange av, blir stående som anekdotiske bevis på grunn av manglende vilje både fra myndigheter og fagmiljø. Skadene er ikke mindre reelle for de som får dem av den grunn, bare mindre anerkjent med den ekstra belastningen det medfører å ikke bli hørt.

ECT som påstått livreddende tiltak

Utvalget skriver at ECT er et livreddende tiltak, som om dette er et ubestridt faktum. De begrunner ikke hvorfor, eller hvordan. Det er ikke henvist til noe forskning, kun «klinisk erfaring», og det utdypes ikke nærmere, til tross for at det ikke er noen konsensus rundt denne påstanden.

Utvalget skriver om ECT som livreddende tiltak «*Typisk vil dette gjelde personer som har sluttet å ta til seg næring og væske, og i slike tilfeller vil man også kunne oppleve at motstanden mot ECT til slutt oppgis.*» Dette er det nærmeste de kommer å beskrive i hvilke tilfeller ECT er antatt livreddende, de berører ikke hvorfor eller *hvordan*. De skriver heller ikke om mindre inngripende tiltak som kan brukes (jf. minste inngreps prinsipp), som eks. tilførsel av næring og væske som vil være nærliggende i disse tilfellene.

De beskriver her en situasjon hvor personen altså gjør motstand mot elektroshock, men tilslett ikke lenger er i stand til å motsette seg, og da skal utsettes for inngrepet. At dette ikke skal kalles tvang er dypt uetisk, og i strid med alle rettferdighetsbegreper.

Utvalget skriver at omfanget av elektroshock gitt på nødrettsindikasjon er uklart, og henviser til at praksis sannsynligvis varierer mye. Dette er også bekreftet i Sivilombudsmannens besøksrapporter, hvor ikke alle sykehus opplyser å bruke dette. Implikasjonen av dette er interessant ut i fra utvalgets premiss om at ECT skal være livreddende, og at ingen andre, mindre inngripende behandlingsformer kan benyttes. Det vil i så fall bety at noen sykehus ikke redder liv, uten at dette er problematisert av utvalgets flertall.

Fare for økt omfang

En åpning for nødrett er, selv om den har vist seg å bli misbrukt, en svært snever adgang. At utvalget ikke har vurdert hvorvidt en legalisering vil kunne føre til økt bruk er oppsiktsvekkende.

Utvalget har ikke gjort noen undersøkelser om omfang i andre land. Eks. har Sverige, som har legalisert elektroshock på tvang, en svært omfattende bruk av elektroshock både frivillig og under tvang. I 2008 ca 45000 elektroshock i året.²⁰

De viser til at det vil være mest aktuelt i alderspsykiatrien, men det er ingen begrensning i lovforslaget som tilsier dette, samt at ECT med hjemmel i nødrett i dag ikke kun brukes i alderspsykiatrien. Uansett har eldre, også demente, rett på beskyttelse mot overgrep på lik linje med yngre. De har også rett på å ikke å bli utsatt for inngripende inngrep uten fritt og informert samtykke.

Utvalget svarer ikke på;

- Hva dør man av når elektroshock er aktuelt, hvorfor elektroshock er livreddende, og på hvilken måte det eventuelt er livreddende? Det vises ikke til noe forskning på dette. Det diskuteres ikke hva som er minst inngripende tiltak for å redde liv i gitte tilfeller.
- Hvilken risiko er det for skade /død av behandlingen?
- Hva skjer med de som ikke får «livreddende elektroshock» i dag, dør de?
- Risiko for økning i omfang ved legalisering.

Det er utrolig tynt grunnlag utvalgets flertall legger frem for å begrunne legalisering av tvangselektroshock, et inngrep som er kontroversielt også når det utføres frivillig på grunn av høy risiko for skade, og som er i strid med menneskerettighetene og all utvikling internasjonalt.

Sivilombudsmannens torturforebyggingsenhet har understreket at elektroshock ved nødrett gir høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Vi stiller spørsmålene; Er det ok å redde liv ved bruk av tortur og mishandling?
Er det igjen noen grenser for hva man kan gjøre mot et menneske uten samtykke?

²⁰Swedish disability movement's alternative report to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2011

Dette er ikke økt rettsikkerhet, det er økt fare for tortur, mishandling og nedverdiggende behandling.

Skjerming

Utvalgets flertall har valgt å opprettholde fire hjemler for skjerming; behandlingsindikasjon, akutt skadeavverging, gjennomføringstiltak ved behandling og av hensyn til andre pasienter. At disse fire hjemlene samlet sett skal føre til en innstramning av skjermingspraksis er vanskelig for oss å forstå. Vi kan ikke se at det blir vanskelig å fortsatt «finne en hjemmel som passer».

Isolasjon er omdøpt til «skjerming som skadeavverging», også når det er bak låst dør, § 4-5. Denne omskrivningen er problematisk når utvalget samtidig beskriver en godt kjent, utbredt skjermingspraksis som ikke anerkjenner hvor inngripende skjerming/ isolasjon er for den som utsettes for det.

Man beholder hjemmel for skjerming som behandlingstiltak, § 6-11, med 14 dagers varighet på vedtak og ingen begrensning oppad for hvor mange påfølgende vedtak man kan ha. Dette til tross for at de selv dokumenterer manglende positiv effekt og samtidig sterk opplevelse av tvang og straff for den som utsettes for det.

Utvalget skriver:

De studiene som finnes, i tillegg til Sivilombudsmannens rapport, viser at mange pasienter opplever skjerming som sterkt inngripende og negativt, at de opplever det som straff, og at det gir dem en opplevelse av å være verdiløse, samtidig som det også er pasienter som sier dette var nyttig. Noen rapporterer også om vedvarende følelser av sterk angst og fortvilelse, som vedvarer lenge etter at skjermingen er avsluttet. En norsk studie fant at skjerming var det tiltaket som ga størst opplevelse av tvang. s 253

Omfattende litteratursøk har ikke lyktes i å finne noen bekreftelser på positiv behandlingseffekt av skjerming, utover kortvarig reduksjon av utagering. Vi fant derimot artikler som hevder at det ikke har lyktes å bekrefte positive behandlingseffekter av skjerming. s 254

Sett i lys av det svake kunnskapsgrunnlaget og rapporter fra pasienter om negative effekter, også etter at skjermingen er gjennomført, er det bekymringsfullt at skjerming er så utbredt i norsk psykisk helsevern. Kortvarig skjerming i normale omgivelser og med tilgang til kvalifisert personale kan i noen tilfeller være nødvendig for å unngå uro og utagering, men det er lite evidens for bruk av langvarig skjerming som behandling. s 254

Det er vanskelig å finne utvalgets begrunnelse for hvorfor skjerming skal tillates som tvunget behandlingstiltak, uten om å vise til faglig tradisjon og at et forbud mot skjerming vil kunne føre til økt bruk av tvangsmedisinering/ kortidsvirkende legemidler, hvorav det siste vel må gjelde for skjerming som akutt skadeavverging. Dette er ikke utdypet videre.

Begrunnelsen for §6-19 om skjerming som gjennomføringstiltak, er så uklar at vi ikke klarer å forstå hva denne er ment å ivareta, vi finner heller ikke informasjon som forklarer dette i NOUen. Det er problematisk, siden denne hjemmelen har mye mindre vilkår knyttet til seg.

Frivillig skjerming, altså at personen selv får mulighet til å trekke seg tilbake og beskytte seg mot inntrykk, kan ha positive effekter. Det bør tilrettelegges for dette, og utvalgets krav til utforming av skjermingsrom er i så måte positivt.

Tvungen skjerming som behandling virker ofte mot sin hensikt og fører til økt frykt og fortvilelse. Dette fører i dagens praksis ofte til forlengelse av skjermingsvedtak. Det er grunn til se på skadene folk får etter skjerming som isolasjonsskader, og vurdere skjermingspraksis opp mot tortur-forbudet.

Rettsikkerhet og Klage

Utvalgets flertall hevder at lovforslaget vil øke rettsikkerheten. Dette bygger på premisset at rettsikkerhet i hovedsak handler om muligheten til å overprøve vedtak ved klage, og at alle inngrep skal ha hjemmel i lov. Begge disse er selvsagt riktige, men det blir i praksis en formell rettsikkerhet, ikke en reell rettsikkerhet.

Rettsikkerhet handler om mer enn muligheten til å klage, og helt sentrale deler av rettsikkerhet blir borte.

Loven skal være en skranke for hvilke inngrep som kan utføres mot noens vilje. For mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse blir loven ingen skranke, men en legitimering. Alle eksisterende tvangsinngrep videreføres, og det utvides med elektroshokk uten samtykke som i dag er et av få inngrep som er forbudt. Flertallet er bekymret for at inngrep skal foregå uten hjemmel i lov, men ser ikke ut til å være bekymret for at mennesker kan utsettes for overgrep og skade med hjemmel i lov.

Det er ikke mulig å forutberegne sin rettsstilling med et lovverk som åpner for villkårlig praksis. Mennesker er helt overlatt til helsepersonells definisjonsmakt, og hvordan loven vil slå ut for den enkelte er helt avhengig av hvordan den som utøver tvangsmakten vurderer det. Hvorvidt du møter en tvangs-restriktiv eller en tvangs-positiv psykiater er ikke rettsikkerhet, men flaks eller uflaks. Vurderingen av hovedvilkåret manglende beslutningskompetanse, ser man allerede nå (etter lovendringen i 2017) at slår helt forskjellig ut, og at resultatet er mer avhengig av den som vurderer enn av den som blir vurdert.

Likhet for loven blir ikke ivaretatt når vide tvangshjemler rettet mot enkeltgrupper videreføres i sivil helselovgivning.

Når hovedtyngden blir på formell rettsikkerhet fører det til en beskyttelse av de som utøver tvangen, som alltid kan finne en lovhjemmel som dekker. De som blir utsatt for urettmessige tvangsovergrep vil effektivt bli hindret i å få oppreisning, fordi overgrepet skjedde innenfor loven.

WSO er naturligvis ikke i mot rettsikkerhetsgarantier, men det må knyttes til å sikre personens selvbestemmelse og beskyttelse mot tvangsinngrep.

Tvangsbegrensingsnemda

At kontrollkommisjonene legges ned er positivt. Den nye tvangsbegrensingsnemda beskrives som et «kraftfullt klage-organ» i utvalgets språk. Vi kan dessverre ikke se at det ligger til

rette for det.

- Sammensetningen og oppbyggingen av nemda vil være svært lik dagens kontrollkommisjon, som er det motsatte av et kraftfullt klage-organ, det er bred enighet fra de som blir utsatt for tvang at KK ikke fungerer.
- Til tross for et annet mandat, kan vi ikke se at nemda vil inneha kompetanse på det de skal sikre (alternativer til tvang). Det er også litt i det blå hvordan nemda skal innhente denne kompetansen på en effektiv måte.
- Et klage-organ blir ikke bedre enn loven det skal håndheve, og lovforslaget er så fullt av skjønnsmessige vurderinger fremfor klare, begrensede lovhjemler, og det er vanskelig å tro på at dette skal slå ut i favør av personens selvbestemmelse.

En «tvangsbegrensningsnemd», altså et sær-organ, gir ikke lik tilgang til domstolene som andre borgere. Selv om det er et problem at domstolene i saker om tvang i liten grad overprøver faglig skjønn, og at muligheten til en reell overprøving også i domstolene er lav når lovverket er skjønnsbasert, er lik tilgang til domstolene et grunnleggende prinsipp for å hindre diskriminering.

Alternativer til tvang

Utvidet rett på frivillig behandling selv om du ikke ønsker medikamenter og istedenfor tvang er viktige og bør gjennomføres, men det bør ikke knyttes inn mot tvang. Det er problematisk hvis tjenestetilbud bygges opp rundt tvang.

Anbefalinger videre

Det er nødvendig med en gjennomgripende lovreform for å bringe lovverket i tråd med menneskerettighetene, men NOU 2019:14 legger ikke grunnlaget for dette.

Følgende endringer anbefaler vi at gjennomføres;

- Utvikling av beslutningsstøtte
- Innføring av reservasjonsrett mot tvangsmedisinering, uten unntak.
- Innføring av antatt samtykke som krav.
- Utfasing av mekaniske tvangsmidler
- Utvikling av medikamentfrie behandlings-alternativer, også i akuttavdelinger.
- Forbud mot tvangsmedisinering og elektrosjokk uten fritt og informert samtykke.

Vi anbefaler også at myndighetene tar initiativer for å fremme gjennomføringen av CRPD Eks. QualityRights Tool Kit utviklet av WHO.

Oslo 14.12.19

Grethe Osborg Ose
Leder WSO – We Shall Overcome

Mette Ellingsdalen
Politisk rådgiver, WSO