



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](mailto:post@wso.no) – [www.wso.no](http://www.wso.no)

Oslo 08.11.21

## **Høringsuttalelse**

### **«Oppfølging av forslagene fra tvangslovutvalget»**

## **Et trygt samfunn for alle**

Den siste tidens debatt om tvang har gitt mye plass til de som mener mer tvang er nødvendig, og at mer bruk av tvang vil gi oss et tryggere samfunn. Det blir fra deler av psykiatrien stilt spørsmål ved om et mål om redusert bruk av tvang er et riktig mål. Disse stemmene fremstår som ute av stand til å ta til seg kunnskapen og erfaringene om alvorlig skade som følger av tvangsbruk.

Menneskerettighetene har som formål å sikre et trygt, rettferdig samfunn for alle.

De som utsettes for diskriminerende, skadelig og krenkende tvangsbruk i det norske samfunnet lever i dag i et utrygt samfunn for dem. Deres rettsvern er lagt i hendene til en fagprofesjon som ikke anerkjenner de dyrekjøpte erfaringene de lever med, og som kun forholder seg til sin egen gode intensjon for bruk av tvang og ikke til de alvorlige negative konsekvensene tvangsbruken har for den som utsettes for det.

Premisset om at behandling i psykisk helsevern er et gode, også når det utføres med tvang, står i sterk motsetning til erfaringene som beskriver alvorlig skade, traumer og livsødeleggende «behandling». Disse erfaringene underbygges også av forskning på tvang.

Det er heller ikke grunnlag, hverken forskningsmessig, erfaringsmessig, menneskerettslig eller etisk, for å si at denne tvangen har som resultat økt trygghet for andre. Denne forestillingen bygger i stor grad på fordommer, som bunner i villedende informasjon om muligheten til å forutse farlighet, alvorlig vold og drap og feil informasjon om hvilke resultater man kan forvente av tvang og tvangsmedisinering.

Vi kjemper for utvikling av et psykisk helsetilbud som er solid fundert i menneskerettighetene, og som tilbyr psykososial og relasjonell hjelp som faktisk hjelper. En ikke-diskriminerende lovgivning som sikrer den enkeltes menneskerettigheter er en forutsetning for å få dette til.

De foreslåtte endringene i lovverket, og denne høringen, berører ikke de lovhjemlene som omhandler fare for andre. Det gjorde heller ikke lovendringen i Psykisk Helsevernloven i 2017.

Vi vil derfor i det videre kommentere på lovforslaget som er på høring.

WSO mener

- en større lovreform bør avvete til CRPD er inkorporert i Menneskerettsloven. En stor lovreform som vil binde opp store ressurser over lang tid må være fremtidsrettet og basert på våre menneskerettslige forpliktelser. Forslaget til felles tvangslov innfrir ikke dette.  
WSO har levert et [felles høringssvar med «En sammenslutning av arbeidsgiver og interesseorganisasjoner»](#) på dette punktet.
- Tvangslovutvalgets lovforslag til felles tvangslov ivaretar ikke de krav som menneskerettighetene stiller om blant annet ikke-diskriminering, rett til frihet og personlig sikkerhet og forbud mot tortur og mishandling. Høringsrunden avdekket at sentrale menneskerettslige vurderinger og avveininger ikke var foretatt av Østenstadutvalget, og Departementet har heller ikke gjort disse vurderingene i sine kommentarer. Dette mener vi er en uakseptabel unnlattelse fra Departementets side, og det er ikke forsvarlig å gå videre med et lovforslag før disse spørsmålene er svart ut.
- Reservasjonsrett mot tvangsmedisinering med nevroleptika bør innføres omgående, uten å vente på en større lovreform.

WSO noterer oss at vårt høringssvar av 14.12.19 er lest, og sitert mange ganger i departementets notat. Det er derfor skuffende at departementet i liten grad har svart på de synspunktene og alvorlige innvendingene vi og andre høringsinstanser fremmet. Når en tung menneskerettslig aktør som Sivilombudsmannen leverer et særdeles kritisk høringssvar som påpeker store mangler i de menneskerettslige vurderingene som er gjort er det naturlig å forvente at departementet svarer på dette og eventuelt begrunner hvorfor man ikke mener kritikken er begrunnet eller riktig. At man her går videre med et lovforslag uten å foreta disse drøftingene kan i vår mening tolkes som at departementet anerkjenner at en reell drøftelse hvor allmenne menneskerettslige standarder, oppdatert kunnskap om effekt, skader og konsekvenser ved tvang blir vurdert, nødvendigvis må komme til en annen konklusjon enn den lovforslaget gjør. Vi forventer at vi regnes som borgere i Norge på lik linje med andre, og at myndighetene tar sitt ansvar for å sikre våre menneskerettigheter.

### **Statens plikt til å forebygge og hindre tortur og umenneskelig behandling.**

Norge har forpliktet seg til å forebygge tortur og umenneskelig behandling, og det nasjonale forebyggingsmandatet er lagt til Sivilombudet. Myndighetene har en klar plikt til effektive tiltak, inkludert lovgivning, for å forebygge tortur og mishandling. Det er i lys av dette nesten uforståelig at den alvorlige kritikken som fremkommer i Sivilombudsmannens høringsuttalelse, som omhandler økt risiko for tortur og umenneskelig behandling som følge av flere deler av lovforslaget, ikke besvares. Når departementet går videre og støtter dette lovforslaget, i særdeleshet forslagene om tvangsmedisinering og elektroshokk uten fritt og informert samtykke, uten å besvare Sivilombudsmannens kritikk, oppfyller ikke Staten sitt ansvar etter Torturkonvensjonen og OpCAT.

En menneskerettslig legitimitets og forholdsmessighetsvurdering av disse lovhjemlene, som Sivilombudsmannen, NIM, LDO og WSO har påpekt at ikke er gjort, kan ikke bestå av at departementet bare slår fast at man mener hjemlene er forholdsmessige, uten å begrunne hvilke vurderinger og avveining av hensyn som er gjort og hvordan forbudet mot tortur og umenneskelig behandling anses ivaretatt. Disse vurderingene er heller ikke begrunnet i utvalgets utredning, til tross for at mange av de forskjellige hensynene er nevnt. De vurderingene som gjort i tidligere forarbeider for å motvirke at tvangsbehandling kommer i konflikt med torturforbudet i EMK art.3, er ved utvalgets egen utredning vist at er bygget på feil faktum om behandlingstiltakenes gunstige virkning og skadevirkninger. Prognosekravet for tvangsmedisinering er foreslått senket, selv om nettopp dette kravet om høy sannsynlighet for positiv virkning skulle være skranken som sikret at EMK art.3 ikke ble brutt ved tvangsbehandling. Det er foreslått en legalisering av elektroshokk uten fritt og informert samtykke, til tross for at det i tidligere forarbeider vurderes at dette er et for inngripende tiltak til å gjennomføre uten samtykke, og vil komme i strid med torturforbudet. De foreslåtte endringene går i motsatt retning av den internasjonale utviklingen av menneskerettighetene som har skjedd siden loven sist ble vurdert i forhold til torturforbudet. Denne utviklingen speiles også i anbefalinger og kritikk Norge har fått på tvangsfeltet fra en rekke menneskerettighetsorganer.

Staten kan ikke fortsette å ignorere at også mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse har rett til effektiv beskyttelse mot tortur og mishandling og at det har konsekvenser for lovgivningen.

Forbudet mot tortur og umenneskelig behandling er absolutt, og kan ikke gjennomføres ved en progressiv realisering. Mangel på oppbygging av alternativer kan ikke brukes som argument for å tillate brudd. Departementet erkjenner også at en forholdsmessighetsvurdering ikke kan gjøre tiltak som bryter med dette forbudet lovlig.

En vurdering må inneholde både vurdering av lovhjemlens legitimitet i forhold internasjonal rettsutvikling om diskrimineringsforbudet, rett til frihet og personlig sikkerhet og forbudet mot tortur og umenneskelig behandling, og en forholdsmessighetsvurdering av risiko for skade (både ved selve behandlings-inngrepet, og skade påført som konsekvens av at det brukes tvang), egnethet for å oppnå formålet ved inngrepet (kunnskap om (manglende) virkning og bivirkninger), mindre inngripende tiltak (og plikten til å tilby og om nødvendig utvikle disse). Det må også tas med i vurderingen at disse inngrepene skjer i en ekstremt utsatt totalsituasjon for det mennesket som blir utsatt, med tidsubestemt frihetsberøvelse, avmakt, isolasjon fra samfunn og nære relasjoner, i risiko for eller underlagt en rekke andre tvangsinngrep som beltelegging, isolasjon og skjerming, besøks og kontaktforbud mv.

For ordens skyld; påstander om at klinisk erfaring viser at det er «nødvendig» er ikke en tilstrekkelig vurdering av disse forholdene.

### **Elektroshokk uten fritt og informert samtykke**

Vi kan ikke se at departementet har gjort noe forsøk på å besvare de spørsmålene som ble reist i høringsrunden, fra WSO og andre. Forslaget om å legalisere elektroshokk uten samtykke er et av de mest alvorlige og kontroversielle forslagene, og det er derfor vanskelig å akseptere at

tvangsløvsutvalgets utredning og departementets kommentarer gir en så overfladisk behandling av premissene forslaget bygger på.

WSO begrunnet dette i høringsvar av 14.12.19, og oppsummerer her kun sentrale spørsmål som fortsatt står ubesvart:

- Kunnskapsgrunlaget utvalget refererer til viser lav evidens for effekt av ECT ved alle indikasjoner, høyt tilbakefall og ikke langvarig bedring. Det er ikke sammenheng mellom kunnskapsgrunlaget som presenteres og lovforslaget.
- Det er ikke forsøkt begrunnet hvorfor ECT anses som et livreddende tiltak. Utvalget og departementet hevder at ECT er et livreddende tiltak, som om dette er et ubestridt faktum. Det er ikke beskrevet hvorfor eller på hvilken måte ECT anses livreddende. Det er ikke henvist til forskning som underbygger dette, kun «klinisk erfaring», og det utdypes ikke nærmere, til tross for at det ikke er noen konsensus rundt denne påstanden.
- Det er ikke vurdert eller beskrevet mindre inngripende tiltak ved livstruende situasjoner.
- Der er ikke redegjort for risiko for alvorlig skade/død som følge av ECT.
- Utvalgets egen dokumentasjon samt Sivilombudets dokumentasjon viser at det er stor variasjon, og kun en andel av sykehus som benytter/ har brukt ECT på nødrettsindikasjon. Man må anta at det da brukes andre livreddende tiltak på disse sykehusene. Hvilken betydning har dette for om ECT kan regnes som «nødvendig» som livreddende tiltak. Og mener departementet at de stedene som i dag *ikke* bruker ECT på nødrett i fremtiden *burde* gjøre dette for å sikre livreddende behandling? Hvilken betydning vil en legalisering av ECT uten samtykke kunne få for økt omfang av en behandling med høy risiko.

## **Tvangsmedisinering**

Videreføring av hjemmel for tvangsmedisinering er et av de mest omstridte forslagene fra tvangsløvsutvalget, både menneskerettslig, kunnskapsmessig og etisk. Det er derfor med stor bekymring vi ser at departementet i sine kommentarer ikke svarer på sentrale innvendinger fra mange høringsinstanser. Denne berøringsangsten kan ikke forsvares når det gjelder et inngrep med så alvorlige konsekvenser for den som utsettes for det.

Departementet skriver om senkning av prognosekravet ved førstegangs tvangsmedisinering fra stor sannsynlighet til alminnelig sannsynlighetsovervekt for effekt: *«En lavere terskel ved førstegangsbruk er etter departementets syn nødvendig fordi det ellers i praksis vil være umulig å starte tvangsmedisinering av pasienter som ikke har vært i behandling tidligere.»* s.83

WSO er enig med departementet i forhold til kunnskapsstatus, men viser til punktet over om «Forebygging av tortur og umenneskelig behandling» når det gjelder konklusjonen om å senke prognosekravet.

Departementets uttalelse kan forstås som en bekreftelse på at dagens lovkrav om stor sannsynlighet for helbredelse eller vesentlig bedring (jf. Psykisk helsevernloven § 4-4.) ikke følges. Vi viser til Sivilombudsmannens uttalelser fra 2018/19. Konsekvensene av dette er at dagens praksis er ulovlig. Vi viser til brev sendt til HOD fra Fellesaksjonen for medisinfrie

tilbud 28.04.21, med krav om en bred og helhetlig gjennomgang av tvangsmedisinering og manglende oppfølging fra departementets side av Sivilombudsmannens uttalelser om tvangsmedisinering.

Denne kunnskapen må få konsekvenser for hvordan lovgivningen skal se ut om tvangsmedisinering. Departementet sier seg enig med utvalget i at det fortsatt bør være adgang til tvangsmedisinering, fordi «for noen personer vil det kunne forhindre helseskade». Det faktum at det er et mindretall som har positiv effekt av frivillig medisinering med nevroleptika, og at det er grunn til å anta at når det gjelder tvangsbehandling er resultatene enda dårligere<sup>1</sup>, at det ikke på forhånd er mulig å skille ut de som vil ha positiv effekt fra de som kun vil oppleve de negative effektene og at dette gjør det umulig å begrunne tvangsmedisinering med at det med noen som helst sikkerhet vil forhindre helseskade hos den enkelte, kommenterer departementet ikke.

Videre siteres kritikken fra brukerorganisasjonene, og Sivilombudsmannen, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Norges institusjon for menneskerettigheter som viser til usikkerhet rundt kunnskapsgrunnlaget for behandlingseffekt og bivirkninger, og mener forholdet til menneskerettighetene må vurderes grundigere.

Sivilombudsmannen siteres på:

*«Ombudsmannen viser til at EMK artikkel 8 krever en begrunnelse for videreføring av adgangen til tvangsmedisinering som kan vise at det er truffet en rettfærdig balanse mellom de interesser inngrepet ivaretar og den skade inngrepet påfører. Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget som blir fremlagt i utredningen, kan ikke ombudsmannen se at utvalgets flertall underbygger sine forslag på en slik måte.»*

(...)

*«Tvangsmedisinering er uten tvil et svært alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse over egen kropp, tanker og følelser. I tillegg har kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en overbevisende behandlingseffekt, lenge fremstått som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter. Samtidig er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler gir en rekke bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.*

*Tvangsmedisinering er også utbredt, og utgjør dermed et omfattende unntak fra det menneskerettslige kravet om at helsehjelp skal skje på grunnlag av et fritt og informert samtykke. Dette er også utgangspunktet i norsk rett. På denne bakgrunn har ombudsmannen lagt til grunn at tvangsmedisinering utgjør en risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.»*

Departementet kommenterer ikke denne kritikken videre, utover sitatet.

## **Revidering av behandlingsretningslinjer**

Det vises til pågående revidering av Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser fra 2013, med formål å oppdatere kunnskapsgrunnlaget og vurdere anbefalinger om medikamenter. Dette arbeidet er viktig, men det retter seg mot anbefalinger om frivillig medisinering. Kunnskapsgrunnlaget som kreves for å anbefale noen en frivillig behandling kan ikke sidestilles med det som kreves for å

---

<sup>1</sup> Beskrevet i NOU 2019:14, 10.1,1,5 s250

tvinge noen til behandling. Det må kreves en annen grad av sikkerhet om resultat hvis man skal gi en behandling ved tvang, enn når valget om risiko i forhold til skade, bivirkninger og manglende virkning ligger hos personen selv. I tillegg er det på grunn av velkjent placebo-effekt sannsynligvis bedre effekt av medikamenter ved frivillig behandling, og ved tvangsbehandling er det høyere sannsynlighet for en nocebo-effekt<sup>2</sup>. En systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet fra 2021 om «Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling»<sup>3</sup> viser at det er et mangelfullt kunnskapsgrunnlag og ingen studier av god kvalitet som kan si noe om dette.

Vi erfarer at også domstolene lener seg på behandlingsretningslinjer for frivillig behandling når de skal vurdere tvangsbehandling. Ved tvangsbehandling er det en anerkjent at selve tvangen kan føre til skader, dette kommer i tillegg til eventuell risiko ved selve behandlingsformen. Behandlingsretningslinjer tar ikke høyde for dette i sine vurderinger, og anbefalingene kan derfor ikke overføres til tvangsbehandling.

Det blir av disse grunnene misvisende av departementet å vise til denne revideringen som om den vil gi oss svar på de problemstillingene som er reist i forhold til kunnskapsgrunnlaget for tvangsmedisinering.

Tilsvarende problemstilling finner vi når departementet ikke støtter forslaget om at frivillighet skal være forsøkt i minst en uke før igangsetting av tvangsmedisinering. De viser til Helsedirektoratets høringsuttalelse som sier at det ikke er et kunnskapsgrunnlag som tilsier at legemiddelfrie tiltak er bedre enn legemidler i en akutt fase. Her snur man problemstillingen på hodet. Dette handler om å gjennomføre tvangsmedisinering, og da er det kunnskapsgrunnlaget for den behandlingen som skal gjennomføres ved tvang som må vurderes, sammen med tvangens betydning. Når det fins mindre inngripende tiltak som kan være forsvarlige, hvor man ikke får den negative konsekvensen av tvangsbruk, må selve fraværet av belastningen ved tvang regnes inn i hva som er forsvarlig behandling.

Departementet uthuler også utvalgets forslag om krav til frivillig, ikke-medikamentell behandling ved å ikke stille krav til at institusjonen skal kunne tilby dette.

### **Tvang uten døgn (TUD)**

Departementet skriver ingenting om videreføring av Tvang uten døgnopphold, som i dagens praksis i hovedsak betyr tvangsmedisinering utenfor institusjon. Tvangslovsutvalget skriver om kunnskapsgrunnlaget for TUD at det mangler evidens for effekt av TUD på reinnleggelse, behandlingsoppfølging, sosial funksjon, livskvalitet, og nytte for pasientene. De gjør allikevel ingen vurdering av konsekvensene av kunnskapsgrunnlaget for loven som vi kan se, men som vi forstår lovforslaget vil vedtak om tvangsmedisinering kunne gjennomføres utenfor helseinstitusjon (§ 6-17), altså i praksis en videreføring av TUD selv om dette ikke er klart beskrevet, heller ikke i kommentarene til lovteksten. Vi er betenkt over at dette ikke adresseres på en tydeligere måte fra departementets side, da lovforslaget allerede har fått sterk kritikk for å være uoversiktlig.

---

<sup>2</sup> Beskrevet i NOU 2019:14, 10.1,1,5 s250

<sup>3</sup> Folkehelseinstituttet, 2021; Systematisk oversikt Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling.

En ny fagartikkel fra 2021 konkluderer «*Det finnes foreløpig lite empirisk støtte for at bruk av TUD har behandlingsmessige positive konsekvenser. Vi mener derfor at TUD utfordrer etablerte etiske prinsipper og prinsipperklæringen om kunnskapsbasert praksis (Norsk psykologforening, 2007).*»<sup>4</sup>

Tvangsmedisinering uten døgnet kan pågå over svært lang tid, for mange er det snakk om årevis og en del er forespeilet livslang tvangsmedisinering. Dette påvirker livet til de det gjelder i ekstrem grad, og fører i vår erfaring til dyp fortvilelse og tap av livsmot, og en opplevelse av å ikke kunne gjøre noe fra eller til for å få kontroll på og forandre eget liv og at det hindrer tilfriskning, disse erfaringene bekreftes også av forskning på TUD. Når man ser den manglende evidensen for positiv effekt av TUD sammen med manglende evidens for langtidseffekt av nevroleptika<sup>5</sup>, mener vi TUD ikke kan forsvares. En studie fra 2021 viste at det var seks ganger så høy recovery-rate blant de som sluttet på antipsykotiske medikamenter innen to år etter oppstart, uavhengig av vurdert alvorlighet av diagnose/ symptomer ved oppstart. Denne studien hadde 20 års oppfølgingstid.<sup>6</sup> Kunnskapsgrunnlaget som er presentert i NOU 2019:14 viser at det er et mindretall som har positiv effekt av nevroleptika, mens alvorlige langtidseffekter og bivirkninger rammer de fleste.

WSO mener TUD ikke kan forsvares om må avskaffes.

Vi viser forøvrig til høringsuttalelse fra ICJ i 2019 for utdypning av kunnskapsgrunnlaget om tvangsmedisinering og konsekvenser for lov som følge av det.

### **Antatt samtykke**

Det eneste forslaget fra Tvangslovutvalget som departementet har vurdert, men valgt å ikke gå videre med, er antatt samtykke som vilkår for bruk av tvang.

WSO og LDO påpeker i hørings svar at vilkåret om antatt samtykke er det forslaget som i størst grad er i tråd med CRPD, og et krav om antatt samtykke vil kunne være et skritt i retning av å implementere CRPD i norsk rett. Departementets bekrefter i sin vurdering at krav om antatt samtykke vil styrke selvbestemmelsesretten til personer som blir vurdert til å mangle beslutningskompetanse og slik sett bidra til å realisere intensjonene bak CRPD i norsk rett. Departementets vurdering av hvorfor man ikke går videre med dette forslaget er derfor spesielt interessant, og sier noe videre om myndighetenes vilje til å få norsk lovverk i tråd med CRPD.

Departementets hovedargument er slik vi leser det at det kan være vanskelig og forbundet med mange usikkerhetsfaktorer å finne ut hva en person ville ment hvis han/hun ikke manglet beslutningskompetanse. Det vil være arbeidskrevende for helse- og omsorgstjenesten å finne ut hva personen ville ha ment.

Det er utvilsomt riktig at å vurdere en persons vilje og preferanser utover det personen selv uttrykker er krevende og forbundet med usikkerhetsfaktorer. På samme måte er det å foreta kompetansevurderinger som fratrukker en person selvbestemmelsen krevende, og full av

---

<sup>4</sup> Almås-Norum, Thorbjørnsen, Pedersen, Husum 2021; En etisk drøfting av tvang uten døgnoophold. Tidsskrift for norsk psykologforening Vol.58 nummer 9.2021

<sup>5</sup> Folkehelseinstituttet 2018; Systematisk oversikt Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser.

<sup>6</sup> Harrow M, Jobe TH, Tong L. 2021; Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. Psychological Medicine, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004778>

usikkerhet og skjønn. Begge deler krever opplæring av helsepersonell i hva det betyr og hvordan det skal gjøres. Spørsmålet blir heller hvor man skal sette inn ressursene, å så langt det er mulig sikre selvbestemmelse og respekt for en persons autonomi, eller på å forsøke å ta beslutninger i tråd med helsepersonells forståelse av hva som er «det beste».

Departementet mener at når man ikke har sikker informasjon om hva personens ville ha ment er det riktigere at loven er åpen på at man overstyrer personens uttrykte ønske på tidspunktet da et tiltak blir satt i verk. Det ser ut som om selve formålet med å ha antatt samtykke som et vilkår glipper her, nemlig at man ikke skal overstyre personens vilje og preferanser. Det vil være situasjoner hvor det er vanskelig å være sikker, men det vil også være situasjoner hvor vedkommende tydelig har uttrykt sin vilje. Det er sannsynlig at flere i fremtiden vil skrive forhåndserklæringer om hva de ønsker og helsepersonell vil måtte bli mer lydhøre overfor pasientene sine. Poenget med antatt samtykke er at vedkommendes vilje og preferanser skal etterspørres og respekteres, og en sentral konsekvens vil måtte være at hvis man i situasjoner må ta avgjørelser på sviktende grunnlag må etterspørre om man tok feil eller hadde rett, og hva vedkommendes vilje er for fremtiden hvis tilsvarende situasjon skulle oppstå. Dette vil kunne være avgjørende ved klagebehandling, og for å sikre fremtidig behandling i tråd med personens ønsker. Mange mennesker utsettes for tvangsinngrep mer enn en gang, og et vilkår om antatt samtykke vil kunne føre til en ansvarliggjøring av helsepersonell i å faktisk etterprøve resultatene av inngrepene for personen.

Det fremheves også at variasjonen i behandlingsønsker er stor, og at det dermed vil være vanskelig å legge et objektivt utgangspunkt om behandlingsønske til grunn for alle pasientgrupper og lidelser som omfattes av tvangshjemlene. Igjen, dette er åpenbart riktig, og er også noe WSO skrev i vårt høringsssvar. Vi er overrasket over at dette brukes som et argument *mot* antatt samtykke, når det gjelder i minst like stor grad når det er helsepersonells vurdering som legges til grunn for å handle mot en persons vilje. Det er forstemmende at dette argumentet som er minst like gyldig i forhold til vurderingen av tvangsmedisinering, overhodet ikke er å gjenfinne når departementet vurderer de spesifikke hjemlene for tvangsmedisinering.

Hvis departementet hadde fremlagt den samme bekymringen for å «ta feil» om når man skal bruke tvang som de uttrykker når man ikke skal bruke det, ville det være lettere å akseptere argumentasjonens gyldighet. Når det kun er når det gjelder å etablere/ anerkjenne personens vilje denne bekymringen for å ta feil uttrykkes, fremstår det som å handle mer om frykt for å ikke kunne overstyre personens vilje etter hva helsepersonell mener er det beste, og mindre som bekymring for at det er usikkerhet om hvordan man skal tolke personens vilje og preferanser.

WSO leser allikevel departementets argumentasjon mot antatt samtykke som en konsekvens av at tvangsutvalgets utredning ikke tok opp i seg og bygget på de endringene i forståelse som ligger i CRPD. Antatt samtykke må ses i sammenheng med utviklingen av beslutningsstøtte, og implementering av CRPD i helsetjenestene. Det er behov for å utvikle forståelsen av og gi opplæring om CRPD, både hos helsepersonell og for beslutningstagere i departementene. Vårt hovedankepunkt til utredningen og lovforslaget er at det ikke bygger på CRPD, og at utvalgets utredning som helhet viser manglende forståelse av hva sentrale elementer i CRPD betyr. Dette ble utdypet i den generelle dissensen til de to utvalgets medlemmene Gitlesen og Erichsen. Se avsnittet om å forberede tjenestene på endring.



## **Konklusjon om lovforslaget og departementets vurdering.**

Det fremstår for oss som om Departementet velger å lukke øynene og ikke forholde seg til at det nødvendigvis må være konsekvenser av den kunnskapen om manglende virkning og skade ved nevroleptika som foreligger, og som de selv bekrefter at de er enig i. Enda mer alvorlig er det at man også velger å forbigå at lovforslaget slik det foreligger bryter med Norges menneskerettslige forpliktelser og utgjør en risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Departementet ber om svar på hvordan lovendringene best kan gjennomføres og hvilke omlegginger som trengs i tjenestene. Men uansett hvor gode tjenester vi måtte få, kan det ikke veie opp for en lovgivning som ikke gir oss beskyttelse av våre grunnleggende menneskerettigheter.

Når det gjelder andre foreslåtte endringer viser vi til WSOs høringsuttalelse av 14.12.19 for utdyping.

Vi støtter

- utfasing av mekaniske tvangsmidler.
- Avvikling av skjerming som behandlingstiltak.
- Reservasjonsrett mot nevroleptika. Vi støtter ikke en ytterligere uthuling av reservasjonsretten, og kan ikke se at argumentasjonen for dette holder i møte med kunnskapsgrunnlaget og behovet for trygghet om at reservasjonsretten respekteres.

## **Forberede tjenestene på endring**

WSO er enig i at det psykiske helsetilbudet må utvikles og styrkes. Menneskerettighetene og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) må være retningsgivende for utvikling av fremtidens tjenester for psykisk helse.

Dette vil kreve både en omlegging av tjenestene, og endringer i kunnskapssynet som ligger til grunn.

FNs tidligere spesialrapportør for 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». <sup>7</sup>

Når man går bort fra den medisinske, diagnosebaserte modellen psykisk helsevern i stor grad er bygget på, må også dette avspeiles i prioriteringer i tjenester og forskning.

Et viktig premiss for at tjenestene skal utvikles i tråd med menneskerettighetene vil være informasjon og opplæring av beslutningstagere, tjeneste-utøvere og brukere av tjenestene i hva dette betyr.

### **Opplæring i menneskerettigheter som premiss for riktig tjenesteutvikling**

Verdens helseorganisasjon har utviklet QualityRights initiativet<sup>8</sup> for å forbedre psykiske helsetjenester og styrke menneskerettighetene til mennesker med psykososiale, kognitive og intellektuelle funksjonsnedsettelse. QualityRights består av et omfattende materiale som gir opplæring og veiledning om hva CRPD betyr for utvikling av politikk og tjenester innenfor psykisk helse, og hvordan slike tjenester kan utformes i praksis. Departementet bør ta et sentralt initiativ for å ta dette materialet i bruk, sørge for oversettelse til norsk og tilrettelegge for opplæring på alle nivåer.

I 2021 lanserte QualityRights en ny veileder «Psykiske helsetjenester i lokalsamfunnet: Utvikling av personsentrerte og rettighetsbaserte tilbud»<sup>9</sup>. Veilederen anbefaler en radikal endring av psykiske helsetjenester. Den gir informasjon og støtte til alle som ønsker å utvikle eller endre sine tjenester, for å bringe dem i overensstemmelse med internasjonale menneskerettighetsstandarder, herunder FN's «Konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne» (CRPD). Veilederen inneholder en detaljert beskrivelse av menneskerettighetsbaserte tilbud innen psykisk helse, eksempler på god praksis rundt i hele verden og anbefalinger til integrering av slike tjenester i nasjonale helse- og sosialtjenester.

To eksempler WSO vil trekke frem fra veilederen er fra Heidenheim i Tyskland og Åpen Dialog i Finland. WSO har oversatt artikkelen om Heidenheim til norsk, og nærmere beskrivelse kan leses her:

<https://wso.no/2021/10/who-med-ny-veileder-om-menneskerettighetsbaserte-tjenester/>.

Den finske modellen for Åpen Dialog har vært kunne vise til gode resultater i lang tid og vært fremhevet og undervist om tidligere også i Norge. Det fins eksempler på norske tjenester som har integrert sentrale elementer fra Åpen Dialog i sitt arbeid (f.eks. den medikamentfrie tilbudet i Tromsø) og som kan bygges videre på. Åpen Dialog som praktisert i Finland handler om noe mer enn en behandlingstilnærming, det er en måte å organisere hjelpetilbudet i tråd med en overordnet forståelse og prinsipper. Hvis det kun tas i bruk som en av flere behandlingstilnærminger innenfor det eksisterende systemet vil man ikke oppnå nødvendig

---

<sup>7</sup> 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

<sup>8</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

<sup>9</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

trygghet og forutsigbarhet på hvordan man blir møtt for hverken personen selv eller pårørende/ nettverk.

De viktigste positive aspektene ved tjenesten er dens fleksibilitet, mobilitet og kontinuiteten i behandlingen. Tjenesten arbeider for å minimere bruken av medikamenter, for å være helt transparent og å sikre at den enkelte og hans eller hennes mening er i sentrum for alle diskusjoner og beslutninger om hans eller hennes behandling. Åpen dialog forsøker å fremme klientens potensiale for selvutforskning, selvforklaring og selvbestemmelse.

Begge disse tjenestene er integrert i det offentlige helsevesenet, ikke «alternativer» til et annet dominerende system. Dette tror vi vil være sentralt også i Norge, for å sikre tilgang til likeverdige helsetilbud for alle. Det er svært lav bruk av tvang og tvangsmedisinering. De har også andre fellestrekk, som fleksibilitet og oppbygging som ivaretar en psykososial og relasjonell tilnærming, ivaretar relasjon til pårørende/nettverk og fremmer tilhørighet til samfunn og omgivelser. De fremstår som fleksible tjenester som tilpasser seg behovene til den som trenger støtte, i motsetning til rigide tjenester/ inndeling i nivåer som krever at den som mottar hjelp må tilpasse seg til tjenestenes behov.

### **Ivaretagelse av pårørendes situasjon**

Pårørende kan oppleve stor belastning når tjenestetilbudet gir utilstrekkelig ivaretagelse av personen som trenger tilbudet. WSO anerkjenner at det er en viktig problemstilling, og vi har også pårørende i vår organisasjon som er i en fortvilet situasjon på grunn av store skadevirkninger av tvangsbruk. Pårørende melder at de opplever å bli stående alene med ansvar og belastning, og at helsevesenet i en del tilfeller «abdiserer» med begrunnelse i at personen «har samtykkekompetanse og ikke vil ha hjelp». Samtidig som det som tilbys ikke oppleves som hjelp, hverken av personen selv eller pårørende. Problemet er både å bli ekskludert, og samtidig oppleve å stå alene med ansvaret når helsetilbudet svikter. Dette mener vi må og kan løses i oppbygging og utvikling av tjenestene, det kan ikke være en begrunnelse for bruk av tvang. Belastningen består ofte i at det blir en kamp mot et rigid oppbygd, utilgjengelig hjelpeapparat, istedenfor et samlet, fleksibelt og lett tilgjengelig støtteapparat som ivaretar både personen og nettverket rundt.

### **Hva kan vi bygge videre på og styrke i det psykiske helsetilbudet**

WSO mener de medisinfrie tilbudene må styrkes og videreutvikles, og også tilby akutt-tilbud. Det må også utvikles flere tilbud, for at det skal være et reelt tilbud for de som ønsker det.

Det må bygges videre på de erfaringene som er gjort i de medisinfrie tilbudene, inkludert erfaringene fra Hurdalsjøen Recoverycenter og BET. Erfaringene viser at det er mulig å gi god hjelp uten tvang og tvangsmedisinering.

I veilederen fra WHO er det som er trukket frem som god rettighetsbasert praksis vurdert etter hvordan de oppfyller fem kjerneprinsipper:

- Respekt for og styrking av rettslig handleevne og selvbestemmelse
- En ikke-tvangsbasert praksis
- Deltagelse og medvirkning
- Å fremme inkludering i samfunnet

- Recoveryorientering og personsentrert tilnærming

WSO mener disse prinsippene er et godt utgangspunkt for utvikling og endring i det psykiske helsetilbudet. Ved å vurdere eksisterende tilbud etter disse prinsippene vil man finne at det er en rekke tilbud, særlig i det kommunale psykiske helsearbeidet, som absolutt er verdt å bygge videre på, men som trengs å styrkes på noen av punktene.

Oslo 08.11.21

Mette Ellingsdalen

Leder, WSO – We Shall Overcome