



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

Oslo 16.12.21

Høringsinnspill til Representantforslag om bedre ivaretagelse av samfunnets behov for vern mot og behandling av alvorlig psykisk syke personer, Dokument 8:19 S (2021-2022) .

WSO – We Shall Overcome er en bruker- og interesseorganisasjon for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse. En stor andel av våre medlemmer har blitt eller blir utsatt for tvangsbruk i det psykiske helsevernet, og har erfaringer med alvorlige skader etter tvang og et psykisk helsetilbud som svikter.

Endringer i lovverk og praksis må være fundert i menneskerettighetene og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Vi er bekymret for at enkelte stemmer i debatten om tvang i psykisk helsevern forsøker å sette opp en motsetning mellom respekt for den enkeltes menneskerettigheter og samfunnets behov for vern.

Ivaretagelse av menneskerettighetene er ikke en motsetning, men en forutsetning for et trygt samfunn.

Selv om det kan finnes legitime grunner til inngrep i den enkeltes rettigheter ved fare for andre, dersom det skjer uten diskriminering, vil en generell økt bruk av tvang ikke gi det resultat man forespeiles fra enkelte deler av det psykiske helsevernet. Det er ikke sånn at hvis man bare kunne tvinge flere mennesker til «behandling» (frihetsberøvelse eller tvangsmedisinering), så ville de blitt «friske» og problemet løst. Psykisk helsevern har ikke dekning, verken i forskning eller erfaring, for at de har slike effektive behandlingsmetoder. Mange, også blant de som sliter tyngst, kan oppleve en behandling som gir større problemer enn de den er ment å løse.

Det er svært ulike hensyn som må vektlegges når man skal vurdere forholdsmessigheten ved inngrep om det gjelder fare for andre og ivaretagelse av samfunnsvern, eller om det gjelder hensyn til personen selv. Det er svært problematisk når dette blandes sammen, som det gjøres i den generelle debatten og fra det psykiatriske fagfeltet. Resultatet blir at den store gruppen pasienter med psykoseproblematikk som ikke utgjør noen fare for andre får manglende rettssikkerhet, blir utsatt for omfattende tvangsbruk og blir rammet av et massivt stigma og frykt i samfunnet.

WSO støtter forslagsstillerne i at grenseområdet mellom helse- og straffelovgivningen bør ses på, men det må skje med menneskerettighetene og ikke-diskriminering som utgangspunkt.

Det er behov for større og grunnleggende endringer på dette feltet, og det må skilles mellom inngrep som begrunnes i samfunnsvern og inngrep som begrunnes i den enkeltes hjelpebehov.

Mennesker diagnostisert med psykose har ikke økt risiko for å begå drap/ alvorlig vold når man justerer for andre risikofaktorer (Nou 2010:3). Utenforskap, mennesker som er fratatt så mye at de ikke lenger har noe å miste, sosial marginalisering, fattigdom, traumer, rus - en hel rekke faktorer kan utløse en risiko for økt vold i et samfunn. Det er problematisk å kun ha fokus på diagnoser og psykose som mulig årsak.

Ole Greger Lillevik, dosent ved UiT uttalte nylig – *Jeg tror at hvis vi virkelig forstår betydningen av begrepene makt og avmakt, anerkjennelse og krenkelse, så er vi godt på vei mot forebyggingen av vold og aggresjon.*¹ Dette omhandler situasjonen i psykisk helsevern, men mennesker bærer med seg erfaringer i livet også utenfor institusjoner. Tvang og vold i det psykiske helsevernet har store uønskede konsekvenser, og er en del av problemet og ikke løsningen.

For å finne løsninger for fremtiden er det nødvendig å utvikle robuste, inkluderende tjenester basert i menneskerettighetene. En tvangsbasert praksis gjør problemene verre, ikke bedre. Når forferdelige hendelser skjer, som den i Kongsberg og kort tid senere på Bislett, blir ropet etter løsninger som kunne forhindre at det skjedde naturlig nok høyt. Men vi trenger ikke mer brannslukking og nærsynte løsninger som dekker til det egentlige problemet.

Ikke endring i lovverk om fare for andre.

Det har ikke vært noen endring av kriteriene i psykisk helsevernloven som gjelder fare for andre. Hverken lovendringen fra 2017 eller forslaget til ny tvangslov berører de hjemlene som angår samfunnsvernet. Det bildet som skapes av at alvorlige hendelser kunne vært forhindre hvis ikke terskelen for bruk av tvang var hevet, stemmer ikke med virkeligheten.

Det har vært en generell økning av tvangsbruk siden lovendringen i 2017.² «Manglende» bruk av tvang er åpenbart ikke problemet. Det viser at innføring av samtykkekompetanse ikke har oppfylt intensjonen bak lovendringen med reduksjon av tvang. Tvangshjemlene i psykisk helsevernloven er svært vide og skjønnsmessige, og er vanskelige å etterprøve. Dette er et problem for rettssikkerheten til de som utsettes for tvang. Innføringen av manglende samtykkekompetanse var et skritt mot å bedre dette, men er klart ikke tilstrekkelig. Det er allikevel bakvendt å vurdere å reversere denne lovendringen. Man må i en evaluering se etter hvordan rettssikkerheten kan bedres, ikke reduseres.

Både forskning og erfaringsbasert kunnskap viser at det ikke er mulig å forutsi drap eller alvorlig vold (NOU 2010:3). Det psykiske helsevernet har ikke denne kompetansen i større grad enn andre. Dette problemet løses ikke ved å ha enda videre og mer upresise lovhjemler. Selv om man kan identifisere enkelte risikofaktorer er dette lite treffsikkert, og vil gjelde en svært stor gruppe mennesker. Mennesker diagnostisert med psykiske lidelser har rett til rettssikkerhet på linje med andre mennesker, og en forebyggende bruk av rettighetsfratagelser

¹ Ole Greger Lillevik, UiT: <https://psykologisk.no/2021/11/mener-terapeuter-bor-risikovurdere-seg-selv-ikke-bare-pasientene-sine/>

² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelses-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

som vil gjelde en stor gruppe er ikke akseptabelt, selv om vi som samfunn har lang tradisjon for nettopp dette.

Statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten (UKOM) har gransket et drap begått i 2019³. Dette drapet har også tidligere vært brukt som eksempel av representanter fra politi og psykiatri for at kravet om manglende samtykkekompetanse hadde betydning for et tragisk utfall. UKOMs rapport viser ikke dette, og peker på et mye mer sammensatt bilde. Rapporten tar for seg siste innleggelse i psykisk helsevern, ett og et halvt år før hendelsen. Vi mener det er en svakhet ved rapporten at den i liten grad berører hva slags oppfølging gjerningspersonen fikk eller ikke fikk ute i samfunnet før eller etter siste innleggelse. Personen hadde vært i kontakt med det psykiske helsevernet siden 1991, hadde mange innleggelse bak seg og langvarig og alvorlig rusmisbruk og gikk på LAR. Han hadde 22 tidligere dommer for blant annet vold, ran og trusler. Det er helt klart at mange ting har gått galt, og at denne personen ikke har fått hjelp. Selv om det selvfølgelig er mulig at et lenger opphold med tvunget psykisk helsevern på dettidspunktet kunne hatt betydning, er det lite i personens historie som tilsier at det ville hjulpet.

Manglende samhandling mellom politi og helsevesen ble pekt på som en hovedutfordring. Vi mener man også må se på samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, og også tjenester utover helse.

Doktorgradsstipendiat Therese Dwyer Løken ved høgskolen i Østfold forsker på hvordan de kommunale tjenestene innenfor rus og psykiatri er organisert. I en kronikk «Alvorlig psykisk syke mennesker blir kasteballer med døden til følge»⁴ skriver hun om hvordan 1. og 2. linje krangler innbyrdes om hvem som skal ta ansvaret for de sykeste og mest ressurskrevende pasientene ut ifra et økonomisk insentiv. Kommunene opplevde at sykehusene ofte skjøv ansvaret for de alvorlig psykisk syke ned på dem uten at de hadde ressurser eller kompetanse til å påta seg oppgaven. Kommunene savnet utskrivelsesprosesser for å redusere forekomsten av uheldige konsekvenser for tjenestemottakerne, preget av tettere dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen med en kollektiv innstilling til problemløsning. Dårlig organiserte og mangelfulle tjenester kan ikke løses ved mer bruk av tvang.

Økning i politioppdrag

Det har i debatten etter drapene i Kongsberg blitt hevdet blant annet fra politihold, at lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017 har ført til flere drap og alvorlig vold. Det er ikke mulig å finne belegg for disse påstandene i offentlig tilgjengelige tall. Det har ikke vært en økning i drap i Norge (siste tall 2020).

Politiet har rapportert en økning i psykiatrirelaterte oppdrag i perioden 2016-2020. De har gått langt i å relatere dette til lovendringen fra 2017, uten at de begrunner dette på noen dyptgående måte. Det er et problem at disse tallene ikke er offentlig tilgjengelige, og derfor umulig å etterprøve. Det skapes et svært forenklet, og ikke nødvendigvis korrekt, virkelighetsbilde, som øker faren for feil løsninger. Det er en rekke spørsmål som står ubesvart i forhold til økningen av politioppdrag som politiet selv kategoriserer som

³ Statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten, 2021. Rapport Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand.

⁴ <https://forskersonen.no/kronikk-meninger-psykisk-helse-og-rus/alvorlig-psykisk-syke-mennesker-blir-kasteballer-med-doden-til-folge/1950417>

psykiatrirelatert: Hvor stor andel handler om samfunnsvern? Hvor stor andel handler om «helsehjelp» og fare for seg selv? Hvor stor andel er økning i transportoppdrag, knyttet til tvangsbruk? Her ligger en konflikt om ressurser som ikke løses med mer bruk av tvang. Hvordan har «sammenslåingen» av psykisk helse og rus påvirket politiets registrering, hvor mange oppdrag var tidligere registrert som rusrelatert? Hvordan har lovendringen fra 2016 eventuelt påvirket politiets registrering og virkelighetsoppfatning?

Det kreves en grundigere analyse for å finne svar på disse spørsmålene, og det er nødvendig for å definere hvor problemet eventuelt ligger før man igangsetter løsninger. Politiets erfaringer er selvfølgelig relevante, men det er kun en beskrivelse av en del av bildet sett med deres øyne. Det er også kjent at forskjellig agenda påvirker hvordan man tolker virkeligheten, og det fremstår som uklart hvorfor politiet i så stor grad ser økt bruk av tvang i psykisk helsevern som svaret på sammensatte utfordringer som gjelder flere deler av samfunnet.

Det har vært en økning i antall mennesker dømt til tvungent psykisk helsevern. Denne økningen skjedde fra 2016 til 2017 hvor antallet økte fra 19 til 33, og har siden holdt seg stabilt med 34 i 2020⁵. Forklaringen på denne økningen kan umulig være en lovendring som trådte i kraft 1.september 2017, da tid fra handling til dom gjør at eventuelle konsekvenser av denne tidligst ville påvirket 2018/ 2019 tallene (hvor det ikke er en økning, men stabilt høyt). Tall fra tidsbestemt dom til tvunget psykisk helsevern (endring i Straffeloven 2016) registreres separat. Det er svært mulig at denne økningen i domfelte viser til en endring i valgt straffe-reaksjon, mer enn til en endring i antall hendelser.

Når denne økningen i dommer brukes som begrunnelse for at økt selvbestemmelse (som var formålet med lovendringen fra 2017) har ført til mer vold er det et eksempel på hvordan fakta blir brukt på en problematisk måte i denne debatten.

Tvang fører ikke til god behandling

Forskning og tilbakemeldinger fra pasienter med egenerfaring viser at tvangsbruk er en høyrisikointervensjon med stor fare for skade for de som utsettes for dette.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse gjennomførte i 2021 en undersøkelse om pasienters, pårørendes og ansattes erfaringer med tvang⁶, rapporten gir følgende konklusjon: *«Oppsummert gir undersøkelsen et inntrykk av en tjeneste som har gjort seg avhengig av bruk av tvang for å fungere innen dagens rammevilkår. Samtidig har denne tvangen til dels svært alvorlige konsekvenser for mange pasienter, og kan noen ganger også være i strid med grunnleggende menneskerettigheter. Det er sannsynlig at bruken av tvang kan reduseres betraktelig. Det er også sannsynlig at bruken av den mest skadelige tvangen kan reduseres eller fjernes, selv i de tilfellene det er nødvendig å bruke noe tvang.»*

Norges omfattende og stadige økende bruk av tvang overfor pasienter innen rus og psykiatri må ses på som en fallitterklæring fra helsevesenet. Bruken av tvangsintervensjoner indikerer et helsevesen som har feilet denne pasientgruppen lenge før man kom til det skritt hvor tvang ble et «uunngåelig» tiltak. Det er et paradoks at det signaliseres at det mangler kompetanse, vilje og ressurser til å hjelpe denne pasientgruppen samtidig som det ropes etter lavere terskel for å behandle dem med tvang. Tvangslovgivningen kan hverken ses på som årsak eller som

⁵ Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, Årlig melding 2020

⁶ Erfaringskompetanse, 2021: *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte 2021:2*

et vindu til problemløsning dersom dette innebærer å senke terskelen for bruk av tvang. Å justere tilbake et lovverk som i praksis ikke har ført til reelle endringer for pasienters rettssikkerhet gjennom en årrekke er å begynne i feil ende.

Endring i tjenestene – hjelp som hjelper.

Det har i den senere tids debatt vært fokusert på for få sengeplasser og liten kapasitet, også som årsak til en påstått økning i voldshendelser. Det har blitt varslet en opptrappingsplan på psykisk helsefeltet, og særskilt for barn og unge. Det psykiske helsetilbudet er åpenbart utilstrekkelig, og møter ikke behovet. Vi er allikevel ikke enig i at dette først og fremst kan løses med tilførsel av mer ressurser. Det er behov for en større endring i grunnlagsforståelsen og hvordan man gir hjelp og støtte, ikke bare mer av det samme.

Ved evalueringen av forrige opptrappingsplan på psykisk helse i 2009 står det i konklusjonen: *Et sentralt problem er at vi vet lite om innholdet i de tjenestetilbudene som gis, og følgelig lite om kvaliteten i disse tilbudene. Det samme gjelder utdanning og kompetanse: Selv om man har lyktes i en kvantitativ utbygging av relevante utdanningsløp, vet vi lite om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene virkelig sikrer nødvendig faglig kompetanse. Opptrappingsplanen er i hovedsak en strukturereform med svakt fokus på innhold og kvalitet.*⁷

Dessverre kan det se ut som man nå går i retning av å gjøre samme feil en gang til, å trappe opp det som ikke fungerer. Når det etterlyses større ressurser fordi det åpenbart er store mangler i tilbudet, er det helt avgjørende å først vurdere om den hjelpen som tilbys faktisk hjelper. Hvis man på automatikk trapper opp hjelp som ikke hjelper vil det være et ressursluk uten de resultatene man håper på.

Sunniva Ørstavik, daværende generalsekretær i Rådet for psykisk helse skrev i 2007; *«Det er tid for å få slutt på at psykisk helsefeltet bare går videre i samme retning, med mer penger i sekken. Vi må ha en debatt om hvem som skal bestemme, om makt og tvang, om menneskerettigheter og verdighet. Vi må stå opp og kreve god hjelp, riktig hjelp, hjelp med én gang, på brukernes egne premisser. Vi må nekte å godta den høye tvangsbruken, henting med håndjern og politi, ventetider på opptil ett år og liten eller ingen satsing på forebygging og hjelp tidlig.»*⁸

Det vi må bygge opp er fremtidens helsetjenester fundert i menneskerettigheter. Vi viser til siste del av WSOs høringsuttalelse til oppfølgingen av tvangslovutvalgets forslag, hvor vi sier mer om hvordan vi ser for oss at dette bør gjøres: <https://wso.no/wp-content/uploads/2021/11/WSO-Horingsuttalelse-oppfolging-av-tvangslovutvalget.pdf>

og seminaret «Fremtidens tjenester innen psykososial helse» arrangert av MadinNorway 3. desember i år: <https://wso.no/2021/12/opptak-fra-seminaret-framtidas-tjenester-innen-psykososial-helse-3-desember-2021/>

⁷ Norges Forskningsråd 2009, Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)

⁸ Ørstadvik 2007, Tid for bråk. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/nwlM/tid-for-braak>