



## 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 01.11.23

### **WSO Høringssvar samtykkeutvalget**

WSO skrev i vårt innspill til utvalget; *Det mest påfallende etter lovendringen fra 2017 er at media og enkelte toneangivende fagfolk bruker den som forklaring på det meste som svikter i oppfølgingen fra psykisk helsevern, helt uavhengig av om det er noen påvist sammenheng.*

Vi mener utvalget har gjort en grundig jobb i å ettergå dokumentasjonen, og så langt vi kan se støtter deres funn i stor grad vår uttalelse. Rapporten som helhet viser at det ikke er tvang som er løsningen på utfordringene utvalgets mandat bygget på.

WSO mener det er flere gode forslag om samhandling og frivillige behandlingsalternativer, og i særdeleshet forslag om styrking og utvikling av medisinfrie tilbud.

Utvalgets utredning viser at tjenestenes utforming, tilgjengelighet og muligheten til individuell tilpasning er det sentrale for å gi god oppfølging til de som sliter tyngst. Også i forhold til utfordringer knyttet til samfunnsvernet er dette det avgjørende.

Det virker allikevel som utvalget i mindre grad klarer å se etter svar utenfor de eksisterende tjenestene, og den etablerte måten å jobbe på som er gjeldende praksis.

WSO mener menneskerettighetene, internasjonal utvikling og kunnskap om hva som skader og hva som hjelper må ha konsekvenser for hvordan psykiske helsetjenester utformes, også utover en individuell rett til beslutningsstøtte.

I dette høringssvaret forholder vi oss til dels til de premissene som ligger i utvalgets rapport og anbefalinger, som følge av en kompetansebasert modell. WSO mener større og grunnleggende endringer i tvangslovgivningen i tråd med CRPD er nødvendig, og viser til tidligere høringssvar om tvangslovgivningen.

- WSO støtter utvalgets forslag om å utrede ordninger for beslutningsstøtte i tråd med CRPD.**

#### **WSO støtter ikke:**

- Forslag om å endre formålsparagrafen til å innbefatte «riktig bruk av tvang».**
- Forslag om å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig».**
- Forslag om å endre tvangsbegrepet til å kun gjelde hvis personen viser motstand.**

Disse tre forslagene til endringer i lov mener vi vil ha store negative konsekvenser for pasienters rettssikkerhet, og bringe tvangslovgivningen i feil retning i forhold til

menneskerettighetene. Vi legger derfor vekt på argumentasjon i forhold til disse forslagene i høringssvaret, og kommenterer derfor ikke alle utvalgets forslag.

### **Tvangsmedisinering og nevroleptika.**

Utvalget anerkjenner at tvangsmedisinering og bruk av psykofarmaka er et stridstema, og berører temaet flere steder i rapporten uten å behandle det grundig..

De kommer ikke med konkrete forslag i forhold til tvangsmedisinering, utover forslag om styrking av frivillige behandlingstilbud og medisinfrie alternativer, noe vi støtter.

Utvalget har ikke gjort en omfattende gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget ifht. nevroleptika og tvangsmedisinering - de hadde heller ikke dette i sitt mandat. Det nevnes allikevel flere steder i rapporten, og det fremstår som utvalget har tatt utgangspunkt i ett uriktig kunnskapsgrunnlag. Det er omtalt i «11.2.4 Betydningen av antipsykotiske legemidler», under kapittelet om samfunnsvern. Der angir de altfor lave tall i forhold til kunnskapsstatus om hvor stor andel som har manglende effekt av nevroleptika. Det nevnes flere studier som omhandler vold/aggresjonsproblematikk. Disse studiene skiller så langt vi kan se ikke spesifikt på effekt av nevroleptika og effekt av behandling, og de tar ikke høyde for problematikk som følge av bråseponering.

De konkluderer også løsrevet i en annen del av rapporten at de vurderer at *«kunnskapsgrunnlaget slik det fremstår i dag, viser at behandling med antipsykotiske legemidler, på gruppenivå, er forbundet med lavere dødelighet (Strømme et al., 2021) og lavere risiko for gjeninnleggelse etter utskrivelse (Strømme et al., 2022)»*.

De to enkeltstående forskningsartiklene fra Strømme et al. som refereres er helt utilstrekkelige til å trekke disse konklusjonene. At et av utvalgsmedlemmene selv har vært medforfatter av disse to artiklene, gjør at vi lurer på om dette har påvirket at disse er tatt med som eneste referanse for påstandene i rapporten.

Det er problematisk at utvalget gjør sine vurderinger på et sviktende kunnskapsgrunnlag om nevroleptika. Siden det ikke er fremlagt konkrete forslag som følge av dette, og det behandles mer riktig i andre rapporter enn denne, vil ikke WSO gå nærmere inn på forskningen i dette høringssvaret.

### **Rett til forsvarlig nedtrapping av nevroleptika.**

WSO mener det er viktig å sikre pasienter som bruker psykofarmaka rett til å få hjelp med forsvarlig nedtrapping. Vi mener dette vil være et svært viktig virkemiddel for å møte noen av de utfordringene som beskrives i rapporten.

Vi viser til felles høringsuttalelse fra Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud; «Utvalget peker på en utfordring med at mennesker som er underlagt tvang, når de gjenvinner samtykkekompetanse, avslutter behandling og brått avslutter bruk av medikamenter på egenhånd.

Risiko ved bråseponering av nevroleptika og nødvendighet av gradvis nedtrapping, er en kjent problematikk. Vår erfaring er at ønsket om å avslutte bruk av nevroleptika ikke nødvendigvis er samsvarende med at pasienten ønsker å avslutte all behandling, men at manglende forståelse fra behandlingsapparatet for dette ønsket ofte kan føre til nettopp det.

For å løse dette er det nødvendig at behandlere i psykisk helsevern bidrar til en plan for forsvarlig nedtrapping, også når behandler ikke er enig i pasientens valg. Dette vil også være i tråd med og bygge opp under et annet av utvalgets forslag, å utrede modeller for beslutningsstøtte.

Rett til forsvarlig nedtrapping omhandler ikke kun de som er/ har vært underlagt tvang. Det bør være en pasientrettighet som utløses ved oppstart av psykofarmaka, og ikke knyttes direkte til lovhjemler om tvang.

Forslaget vil kreve økt kompetanse på forsvarlig nedtrapping og nedtrappingsproblematikk i psykisk helsevern. Dette er kompetanse som i stor grad mangler i dag, og vil komme alle pasienter som bruker psykofarmaka til gode.»

## **Beslutningsstøtte**

WSO støtter at utvikling av beslutningsstøtte er avgjørende for å respektere og styrke retten til selvbestemmelse og fritt og informert samtykke i tråd med CRPD.

Vi vil understreke at utvikling av modeller for beslutningsstøtte må bygge på en dyptgående forståelse av rettighetene nedfelt i CRPD, og det verdigrunnlaget CRPD går ut fra. En må ta på alvor hvordan disse verdiene skiller seg fra de paternalistiske tradisjonene som fortsatt er retningsgivende i psykisk helsevern. Dette vil kreve en økt kompetanse og bevisstgjøring om menneskerettigheter hos helsepersonell og i bruker-/pårørendeorganisasjonene. Vi viser igjen til WHO QualityRights initiative, som kan bidra med ferdig utviklet undervisningsmaterieell om hvordan rettigheter skal implementeres i helsetjenestene.

## **De som sliter tyngst**

De som har store, langvarige behov for oppfølging, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen er viet mye plass i utvalgets rapport. WSO deler bekymringen for denne gruppen.

Det ser allikevel ut til at det først og fremst er bedre og mer tilpassede tjenester innenfor samme forståelsesmodell som i dag utvalget mener er løsningen. En ting vi vet om denne gruppen, er at mange har mottatt eller blitt tvunget til omfattende behandling, og allikevel bare blitt dårligere og dårligere. Psykisk helsevern virker per i dag ute av stand til å endre sin tilnærming selv når pasientene åpenbart ikke blir bedre- det øker heller ofte intensiteten av samme behandling som ikke fungerer.

## **Hvem er gruppen som omtales som «de alvorlig syke»?**

Det er grunn til å anta at det i denne gruppen finnes en stor andel av de som ikke har positiv effekt/opplever skade fra medikamentene. Mange har opplevd omfattende tvangsbruk over lang tid, med gjentatte tvangsinnleggelse og langvarig tvangsmedisinering. WSO erfarer at mange over tid har blitt pasifisert og «blitt fratatt/ mistet sin egen stemme». De er i stor grad avhengig av at pårørende/andre nære kjemper deres kamp. Mange har også utslitte pårørende, både på grunn av belastninger ved manglende hjelp og på grunn av kamp mot skadelig behandling og tvang. Mange har utviklet rusproblematikk over tid, selv om dette ikke var deres problem når de først kom i kontakt med hjelpeapparatet. Det er også denne gruppen som i størst grad lever marginalisert og utenfor samfunnet, med stor grad av isolasjon og manglende tilknytning. I tillegg blir de utsatt for stigma om at de er «farlige», både fra samfunnet og i psykisk helsevern.

Det er WSOs klare oppfatning at det er denne gruppen som kommer aller dårligst ut i møte med et ensporet, tvangsbasert psykisk helsevern som i hovedsak fokuserer på psykisk sykdom som årsak til deres utfordringer. Det er i forhold til denne gruppen at det er aller viktigst og aller mest å vinne på en grunnleggende endring i tråd med CRPD.

Vi er enig med utvalget i at problemet først og fremst handler om tilgang til god hjelp, og ikke løses med mer bruk av tvang. Men vi savner en mer dyptgående refleksjon om hvorfor denne gruppen blir dårligere, hva som ligger i det de får av «helsehjelp», og hvilke endringer som trengs. Det gjentas at man må sikres helsehjelp, men det nevnes ikke at mange i denne gruppen har opplevd at «hjelpen» har skadet mer enn den har hjulpet. Allikevel blir de møtt med det samme om og om igjen.

WSO mener at for at beslutningsstøtte skal fungere, er det helt nødvendig at psykisk helsevern også går bort fra sine kjepphester av hva de mener er nødvendig behandling, og evner å tilpasse seg pasientenes erfaringer med hva som hjelper og hva som skader. Det hjelper lite å få støtte til å ta valg hvis valgene ikke respekteres, også når behandler er uenig i valget.

Både behandlingsapparatet og pasienten blir fanget i en sirkel av tvang, hvor personens reaksjon på tvangsbruk og å ikke bli respektert fører til og begrunner mer tvang. Erfaringer med tvangsreduksjon viser at det å bare ta bort tvang uten å endre måten å jobbe på kun gir kortvarig effekt. WSO mener at hovedårsaken til økende tvang etter lovendringen i 2017 i stor grad er begrunnet i psykisk helseverns manglende evne og vilje til å endre måten de møter mennesker på.

### **Endre formålsbestemmelsen. Forslag 3.2.2**

De foreslåtte endringene i formålsparagrafen vil føre oss i feil retning, både i forhold til menneskerettighetene og i forhold til målet om trygg, tillitsbasert og tilgjengelig behandling.

Riktig bruk av tvang.

Riktig bruk av tvang impliserer at tvang kan være et ønsket utfall. Tvang er en høy-risiko-intervensjon, med stor risiko for alvorlig skade.

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)*

Internasjonal utvikling og menneskerettighetene går mot en avvikling av tvangsbruk. En nylig utgitt rapport fra WHO og FNs høykommissær for menneskerettigheter skriver;

«Å få slutt på tvangsbruk i psykisk helsevern - som tvangsinnleggelse, tvangsbehandling, isolasjon og beltelegging - er avgjørende for å respektere rettighetene til mennesker som bruker psykiske helsetjenester. Tvang er skadelig både for den fysiske og psykiske helsen og fører til at mennesker fremmedgjøres fra det psykiske helsevesenet og hjelpeapparatet. Videre har mange personer med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse opplevd traumer i livet. Når vold, tvang og overgrep forekommer i psykisk helsevern, blir de ikke bare sviktet av tjenestene, de kan også bli retraumatisert og få forsterket sine opprinnelige vansker (212).» Mens

tvang «en gang ble betraktet som et "nødvendig onde", er det stadig mer evidens som støtter implementering av tvangsfrie metoder (33, 213).»<sup>1</sup>

Selv Norges tolkningserklæringer til CRPD, som er et hinder for realiseringen av menneskerettighetene for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse, forholder seg til tvang som et unntak, som en siste utvei.

Riktig bruk av tvang impliserer en aksept av tvang som en del av normalsituasjonen. Psykisk helsevern beveger seg i feil retning, med en økende tvangsbruk. Situasjonen der tvang er en normalisert, akseptert del av hverdagen er en av grunnene til at gjentatte forsøk på tvangsreduksjon ikke gir varige resultater.

Behandling av god kvalitet.

Å sikre behandling av god kvalitet høres tilsynelatende ut som et riktig formål, men det er langt fra konsensus om hva det innebærer i psykisk helsevern. Når dette relateres til tvang, gis definisjonsmakten utelukkende til tjeneste- og tvangsutøver. Psykisk helsevern er preget av en enorm maktubalanse, og gruppen som er i risiko for tvangsinngrep har også dårligst mulighet for brukermedvirkning på alle nivåer. Et begrep som «sikre behandling av god kvalitet» bygger på en grunnleggende antagelse om at behandling alltid vil være et gode for pasienten. Denne antagelsen er det ikke grunnlag for i psykisk helsevern, og i særdeleshet ikke i relasjon til tvangsbehandling.

Å fremme tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og helsetjenestene er likeledes et godt formål. Sett i sammenheng med forslaget om å inkludere «riktig bruk av tvang» blir det allikevel svært problematisk, da en av de negative konsekvensene av tvang nettopp er å bryte ned tillitsforholdet.

Disse foreslåtte endringene er med å tildekke den reelle konsekvensen av tvang, og hvorfor det bør unngås.

#### **Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» Forslag 13.4.4**

Et av argumentene for å innføre kriteriet om manglende samtykkekompetanse var at det skulle være mer objektivt, forutberegnelig og lettere etterprøvbart. Vilkåret har i vår erfaring i liten grad oppfylt dette i praksis, noe utvalgets rapport bekrefter, med fortsatt manglende rettssikkerhet. WSO kan ikke skjønne utvalgets argumentasjon om at et lavere beviskrav vil føre til høyere kvalitet på vedtakene. Etter vårt syn er det mer sannsynlig at det vil føre til enda lavere kvalitet, og enda dårligere rettssikkerhetsgarantier.

Vi viser til *Sivilombudet uttalelse om samtykkekompetanse 22.10.2019 (2018/2278)*:

«Østenstad-utvalget la vekt på at risikoen for at kompetansespørsmålet blir «tatt for lett på» har blitt synliggjort etter endringene i psykisk helsevernloven fra 2017, og at det er behov for å sikre «en kraftfull motvekt mot utglidning».

---

<sup>1</sup> World Health Organization and United Nations, 2023. Mental health, human rights and legislation, Guidance and practice. Side 55. Oversatt til norsk av WSO

Å frata en person rettslig kompetanse til å ta egne beslutninger i helsespørsmål er et alvorlig inngrep i den personlige integritet og selvbestemmelsesrett. Lovens strenge beviskrav har derfor en viktig rettssikkerhetsmessig funksjon, og skal fungere som en reell skranke mot underkjennelse av autonomi.»

Utvalgets rapport viser at faren for utglidning er stor, og at samtykkevurderingene varierer ut i fra helsepersonells verdier og antagelser, heller enn lovgrunnlaget.

Å bli fratatt samtykkekompetansen i psykisk helsevern åpner for noen av de mest alvorlige inngrepene som er lovlig i norsk sivil rett. Konsekvensene er åpenbart svært store for den enkelte.

Å senke beviskravet på bakgrunn av at det er krevende å foreta skjønsmessige vurderinger, vil svekke rettssikkerheten ytterligere for en gruppe som allerede er svært utsatt for rettighetsbrudd, og som har liten mulighet til reell rettslig overprøving av vedtakene.

### **Åpne for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern. Forslag 13.4.7**

Utgangspunktet for all helsehjelp skal være fritt og informert samtykke. En naturlig forlengelse av dette hvis man skal lage en slik unntaksregel vil være å legge til grunn hvorvidt **pasienten tilslutter seg behandlingen**, ikke hvorvidt man er i stand til å yte motstand.

Fritt og informert samtykke er en viktig og sentral standard i helselovgivningen som skal sikre at man gir eller 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 for at et snevert tvangsbegrep basert på motstand er i tråd med menneskerettighetene.

Utvalgets beskriver at formålet med tiltaket er at det skal bidra til mer verdighet for pasienten, og unngår unødige tvangsvedtak overfor pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen. WSO er enig i at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse skal ha mulighet til å ta i mot behandling de ønsker, i tråd med deres vilje og preferanser, og at de også skal ha tilsvarende mulighet til å takke nei, i tråd med CRPD.

Beslutningsstøtte vil være sentralt for å sikre personer muligheten til å kommunisere sin vilje og preferanser. Problemet med at mennesker fratras muligheten til frivillig helsehjelp hvis de blir fratatt beslutningskompetanse har oppstått som en følge av kompetansemodellen. Den har som mål å avgjøre når personen skal fratras retten til å bestemme selv, ikke å fremme personens vilje og preferanser. At hjelp skal være lett tilgjengelig uten tvang, må sikres ved å sørge for at helsehjelpen følger vedkommens vilje og preferanser. Hvorvidt personen yter motstand er ikke egnet til å sikre dette.

Det er noen sentrale kjennetegn ved psykisk helsevern som skiller seg fra somatisk helsehjelp. Psykisk helsevern har som følge av utbredt tvangsbruk en maktubalanse. Dette fører til et undertrykkende system som gjør det vanskelig å skille underkastelse fra personens faktiske vilje. Man kan ikke gå ut fra at pasienter, hvis de ble vurdert til å ha beslutningskompetanse, som hovedregel ville ønsket det som defineres som helsehjelp. Det er snakk om omstridte behandlingsintervensjoner, både ut fra kunnskap, etikk og erfaring.

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

- Frykt for mer tvang (eks. at en person aksepterer medikamenter fordi vedkommende opplever det som ekstremt ydmykende å bli utsatt for tvangsinjeksjon).
- Frykt for tvang uten døgn ved utskrivelse – at en person ikke ønsker å uttrykke motstand mot medisiner, 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. Personen blir stilt ovenfor valget mellom «frivillig» elektroshokk eller tvangsmedisinering.
- Mangel på valg – at en person blir stilt ovenfor valget om f.eks. å godta medisiner 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.

I NOU 2019:12 finner vi en beskrivelse av en relevant årsak til at mennesker ikke er i stand til å yte motstand;

«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.» NOU 2019:12, S 369

Tvangsutsattes erfaringer viser at det å tilsynelatende frivillig underkaste seg tiltak man ikke ønsker kan gi kompliserte etterreaksjoner, og at 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.

Selv om den foreslåtte endringen vil føre til færre tvangsvedtak, er det ikke det samme som at det fører til mindre reell tvang. Det vil bli en ytterligere tilsløring av hva personens reelle situasjon er. Når en person som ikke har noe egentlig valg fordi det vil brukes tvang hvis vedkommende uttrykker motstand, vil behandlingen regnes som frivillig. Vi er ikke enig i at dette vil gi økt verdighet for alle som kommer inn under lovendringen, kun for de som reelt sett ønsker behandlingen psykisk helsevern gir.

«Behandling pasienter tilslutter seg» vil på grunn av den ovenstående argumentasjonen heller ikke kunne sikre fullt ut at det faktisk er personens vilje. Men det tar i det minste utgangspunkt i et mål om fritt og informert samtykke.

## **Presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen. Forslag 13.4.5**

Utvalget argumenterer for at alvorlighetsgrad av antatte konsekvenser av å si nei til foreslått behandling skal vektlegges i vurdering av personens beslutningskompetanse. Det fremheves særlig mulige negative konsekvenser for andre enn personen selv.

Konsekvensene ens valg har, både for en selv og i relasjon til andre, er selvfølgelig en nødvendig avveining også for mennesker som får sin beslutningskompetanse vurdert. Vi mener allikevel at det er problematisk at dette skal vektlegges sterkt i selve vurderingen av hvorvidt man har kompetanse til å ta beslutninger.

Det reflekteres ikke tilsvarende rundt hvordan alvorligheten av inngrepet personen vil utsettes for bør vektlegges i vurderingen.

Utvalget legger med sitt forslag opp til en ubalansert vektlegging av hensyn til konsekvenser for andre i kompetansevurderingen, kontra hensyn til personen selv og inngrepets alvorlighet.

WSO vil fremheve at alvorligheten av inngrepet, og ved det hvor inngripende konsekvensene av å bli fratatt beslutningskompetanse vil være for personen, må vektlegges tilsvarende. I psykisk helsevern er det snakk om svært alvorlige inngrep som frihetsberøvelse på ubestemt tid og tvangsmedisinering. Dette påvirker en persons vurdering og forståelse. I et rettssikkerhetsperspektiv bør dette skjerpe kravet til vurderingen om beslutningskompetanse.

Dette er i tråd med Sivilombudets uttalelse [22.10.2019 \(2018/2278\)](#) om samtykkekompetanse;

«Det følger av Høyesteretts praksis at kravene til begrunnelse av forvaltningsmessig skjønn skjerpes jo mer inngripende et vedtak er, jf. Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 og Rt. 2011 s. 111 avsnitt 50 og 51. Disse dommene gjelder i utgangspunktet kravet til redegjørelsen for forvaltningens frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 25 tredje ledd. Et vedtaks inngripende karakter kan imidlertid også virke inn på de krav som stilles til begrunnelsen for rettsanvendelsen og de faktiske forhold som vedtaket bygger på, se blant annet Forvaltningslovutvalgets utredning i NOU 2019: 5 punkt 23.2.5.2.

Hvor inngripende en avgjørelse om bortfall av **samtykkekompetanse** er, vil variere ut fra hva slags behandling personen mister kompetanse til å ta stilling til, varigheten av behandlingstiltaket og om personen motsetter seg behandlingen. En avgjørelse om innleggelse eller medikamentell behandling som personen motsetter seg, må klart anses å være særlig inngripende. Vilkårene for slike inngrep er dessuten sterkt vurderingspregede. Dette skjerper kravene til begrunnelse for å kunne kontrollere at vedtaket er truffet i samsvar med loven.»

I samme uttalelse presiserer Sivilombudet at tidligere erfaringer med tvang og aktuell behandling også må vektlegges i vurdering hvorvidt det er åpenbart at personen mangler tilstrekkelig forståelsesevne.



## Samfunnsvernet i psykisk helsevern

Som utvalget skriver, utgjør de fleste personer med alvorlig psykisk lidelse ikke en fare for andre. WSO er enig i at en må unngå tiltak for å ivareta samfunnsvernet på bekostning av det store flertallet som ikke har et farepotensial. WSO erfarer at oppslag i media og uttalelser fra fagfolk om drap og vold begått av psykisk syke og krav om mer tvangsbehandling, bidrar til økt stigmatisering. I utvalgets rapport står det at nyere forskning viser at alvorlig psykisk lidelse i økende grad blir forstått som en selvstendig risikofaktor for voldsepisoder. Dette er problematisk, da det er kjent at det er mange ulike årsaker og risikofaktorer for voldsepisoder, og et ensidig forskningsfokus på kun en årsak fører til stor risiko for å sette inn tiltak feil sted.

Utvalget skriver at det finnes ikke-medikamentelle tiltak som kan ha effekt på aggresjon ved psykose. Vi skulle ønske at utvalget la større vekt på at helsevesenet skal ta i bruk andre behandlingsformer enn kun medikamentell behandling, også for denne gruppen.

I 11.2.4 «Betydningen av antipsykotiske legemidler» går utvalget inn på forskning om effekten av antipsykotika, men her kommer det også frem at en ikke vet sikkert om det er medisinen eller behandlingen/oppfølgingen som fører til bedring. Utvalget sier at de har forståelse for at mange opplever store bivirkninger av antipsykotika. Flere pasienter sier de heller vil leve med psykosesymptomer enn bivirkninger. Dette spekulerer utvalget i at kan skyldes manglende sykdomsinnsikt, noe vi synes er arrogant. Det er store og livshemmende bivirkninger knyttet til mange av de mest brukte antipsykotiske medisinene i dag, og dette er hovedgrunnen til at pasienter ikke ønsker å stå på disse medisinene.

Utvalget anerkjenner WSOs tidligere innspill om at narrativet om at mer tvang vil kunne forhindre vold og drap begått av psykisk syke er med på å skape frykt og forsterker utenforskap, og dermed også problemet. Men utvalget fastholder at tvangsbruk er nødvendig for å sikre nødvendig behandling av mennesker med alvorlig psykiske lidelser.

I 11.3.1 «Ethiske betraktningene om tvang ved fare i psykisk helsevern» sier utvalget at tvang er uønsket fordi det begrenser den enkeltes autonomi. WSO vil påpeke at tvang gjør mye mer enn det. Tvang bryter ned et menneske, skader relasjonen til hjelpesystemet, og kan føre til iatrogene traumer. Utvalget siterer selv Pasient- og brukerombudet i Hordaland, som påpeker i sitt innspill til utvalget at «å bli utsatt for tvangsbruk, selv utøvd i den beste hensikt, kan påføre den det gjelder skader i form av krenkelser og traumer. Dette kan svekke tilliten til helsetjenesten og kan lede til større motstand mot behandling. Manglende tillit kan føre til at personer med alvorlig psykisk sykdom ikke får den helsehjelpen de har krav på.»

Med denne kunnskapen er det vanskelig å se at tvangen kan være «riktig og nyttig», som utvalget skriver. Fokus fremover må være på å finne forsvarlige løsninger uten bruk av tvang.

### Bruk av farevilkåret

WSO ser en risiko for at terskelen for å vurdere fare for andre kan senkes for å ivareta samfunnsvern, og med begrunnelse i at flere pasienter er samtykkekompetente og kan nekte helsehjelp. Utvalget skriver om et underforbruk av farevilkåret, når tendensen er at farevilkåret blir oftere brukt. Det utvalget nok har rett i er at helsepersonell har lite erfaring med å vurdere voldsrisiko og fare. Da blir det problematisk at utvalget oppfordrer til å bruke farekriteriet oftere. Det er krevende å skulle vurdere fremtidig voldsrisiko og potensiell fare, og forskning viser at det er stor sannsynlighet for feilvurderinger.

WSO kan ikke se at utvalget kommer med forslag som i tilstrekkelig grad ivaretar rettsikkerheten til denne gruppen.

### **Tvang og samfunnsmessige konsekvenser**

WSO slutter seg til utvalgets funn og vurderinger slik der beskrevet på side 7 i rapporten:

«Utvalget ser med stor bekymring på hendelser hvor personer med alvorlig psykisk lidelse begår alvorlige voldshandlinger. Utvalget finner ikke at det er grunnlag for å konkludere med at det har vært en tydelig økning i slike hendelser de senere årene, men kan heller ikke utelukke at samtykkevilkåret kan ha vært utslagsgivende i enkeltsaker. Likevel mener utvalget det er viktig å avstemme forventningene til hvilke muligheter det psykiske helsevernet generelt, eller bruk av tvang i psykisk helsevern spesielt, har til å begrense alvorlige voldshandlinger i samfunnet. Selv hos erfarne klinikere, er det å forutsi alvorlige voldshandlinger forbundet med betydelig usikkerhet. Utvalget mener ikke at vide hjemler for bruk av tvang som treffer en stor gruppe mennesker, er løsningen for bedre å ivareta samfunnsvernet. Derimot vil utvalget peke på behovet for tilpasset behandling av god kvalitet som kan bidra til å redusere voldelig atferd hos personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial. Etter utvalgets syn, er det et tydelig behov for å avklare ansvarfordelingen og styrke samarbeidet mellom både kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom helse- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial.»

WSO har tidligere trukket frem at innføringen av samtykkevilkåret i 2017 har ført til at mange legger all uønsket utvikling og voldshendelser på dette. Heldigvis ser utvalget at det er flere faktorer som spiller inn. Utvalget er bekymret for nedbyggingen av døgnplasser, vekst i antall pasienter og kapasiteten i oppsøkende tjenester. WSO er enig i at en må se på disse faktorene, men at en også må se på hva slags hjelp de etablerte tjenestene tilbyr.

### **Behov for å utrede alternative boligtilbud**

Det er interessant at utvalget nå ser på om det kan være andre boformer som kan ivareta mennesker med alvorlig og langvarig psykisk sykdom bedre enn det tilbudet som finnes i dag. De nevner «halvannenlinjetjenester» og «sikkerhetshjem».

WSO vil fremheve at i arbeidet med å utforme slike bo- og behandlingstjenester må man trekke inn brukerrepresentanter og brukerorganisasjoner.

**WSO vil si at noe av det viktigste en kan gjøre er å ta med menneskene det gjelder i utformingen tilbudet de skal bruke.**

Vennlig hilsen

WSO – We Shall Overcome  
v/ leder Mette Ellingsdalen