

# Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven

Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)

Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt  
av Helsedirektoratet

Juni 2009

## **Psykisk helsevern, menneskeverd og omsorgsansvar**

Helsehjelp og omsorg for mennesker med psykiske lidelser stiller velferdsstaten overfor noen av sine største og vanskeligste faglige utfordringer og etiske dilemmaer. På den ene siden står samfunnets ansvar for å tilby nødvendig behandling og omsorg til mennesker i en ekstremt sårbar situasjon, på den andre problemer knyttet til spørsmålet om behandling og omsorg også skal kunne gis i situasjoner der pasienten ikke kan samtykke i eller direkte motsetter seg dette. Det alminnelige utgangspunkt i alle moderne rettssystemer har vært at samfunnet under visse vilkår må kunne gi behandling og omsorg også om pasienten ikke samtykker til eller gjør motstand mot dette. For den som arbeider i det psykiske helsevernet vil det kunne oppleves som uholdbart å ikke kunne gripe inn i en situasjon der pasienten står i fare for å gå til grunne på grunn av sin sykdom.

Samtidig viser pasienterfaringer at bruk av tvang i en slik situasjon kan være sterkt problematisk, og særlig hvor det er spørsmål om å bruke medikamentell behandling. Bruk av psykofarmaka uten pasientens samtykke, eller mot hans eller hennes protest, vil kunne oppleves som et sterkt traumatisk overgrep, både fordi det kan gripe inn i og forandre pasientens sjelsliv og personlighet, fordi det kan medføre bivirkninger av mer eller mindre varig og omfattende karakter, og fordi behandlingstiltaket i seg selv kan oppleves som et inngrep i pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen kropp. Samtidig er det anført at muligheten av å bruke tvang kan bidra til å legitimere et svekket frivillig omsorgstilbud.

Arbeidsgruppen som med dette legger frem sin rapport, har gjennom en rekke møter og utveksling av notater diskutert ulike sider av det juridiske, medisinske og etiske problemkompleks som et er knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Det vil fremgå av rapporten at det er til dels svært ulike oppfatninger i arbeidsgruppen, både når det gjelder det rent faktiske – de positive og de negative virkninger av tvangsmessig behandling og omsorg i psykiatrien - og når det gjelder det overordnede etiske vurderingstemaet – avveiningen mellom på den ene siden hensynet til privat autonomi og integritetsvern og på den andre samfunnets forpliktelse til å avhjelpe og forebygge alvorlige psykiske lidelser. Denne rapporten pretenderer ikke å gi noe endelig svar på disse spørsmålene, men gruppen er samlet om at dette er et område i norsk helsevesen som må prioriteres, både medisinskfaglig, organisatorisk og ressursmessig. Arbeidet med å redusere tvangsbruken og styrke den faglige kvalitet i det psykiske helsevern er en sentral oppgave for norsk helsevesen. Det er vårt håp at vi med denne rapporten har gitt et bidrag til dette.

Bergen 2. juni 2009

Jan Fridthjof Bernt  
Leder for arbeidsgruppen

# Innholdsfortegnelse

## Forord

1. Oppsummering av arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger .....	4
2. Gruppens bakgrunn, mandat, sammensetning og arbeid .....	5
2.1. Bakgrunn .....	5
2.2. Mandat.....	6
2.3. Arbeidsgruppens sammensetning og arbeid.....	7
2.4. Nærmere om mandatforståelse, gruppens arbeid og utfordringer .....	8
3. Gjeldende rett .....	9
3.1. Forholdet mellom frivillighet og tvang – rettslig perspektiv .....	9
3.2. Eget samtykke .....	11
3.3. Samtykkekompetanse.....	11
3.4. Representasjonsregler for personer uten samtykkekompetanse.....	13
3.5. Konverteringsforbud .....	14
3.6. Vilkår for å etablere og opprettholde tvungent psykisk helsevern.....	14
3.7. Hva kan tvangsvernet omfatte? .....	20
3.8. Tvang under gjennomføring av psykisk helsevern .....	21
3.9. Særlig om tvangsbehandling med legemidler. Vilkår.....	22
3.10. Kontroll og etterprøving. Rettsikkerhet. ....	23
4. Omfang av tvang innen psykisk helsevern.....	24
4.1. Frivillighet og tvang ved innleggelse .....	24
4.2. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	25
4.3. Tvangsmidler.....	26
4.4. Behandling med legemidler uten eget samtykke (tvangsbehandling).....	27
4.5. Skjerming .....	27
5. Erfaringer fra andre land .....	28
6. Menneskerettigheter ved bruk av tvang .....	29
6.1. Innledning.....	29
6.2. Oversikt over ulike menneskerettigheter.....	29
6.3. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) .....	30
6.4. Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen).....	31
6.5. Europarådets rekommandasjon nr. 10, 2004.....	32
6.6. FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter.....	33
6.7. Oppsummerende om norsk rett og psykiatriske pasienters vern etter menneskerettighetene .....	34
7. Hva vet vi om effektene ved bruk av tvang?.....	35
7.1 Innledning.....	35
7.2 Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet .....	36
7.3. Forskningslitteraturen om effekter av bruk av tvang .....	37
7.4. Hva vet vi om effekter av tvang på behandlingsresultatet? .....	37
7.5. Oppsummering .....	38
8. Hensyn og argumenter vedrørende behandlingskriteriet .....	39
8.1. Innledning.....	39
8.2. Autonomi og rett til selvbestemmelse .....	41
8.3. Samfunnsansvar og rett til helsehjelp.....	44
8.4. Menneskerettigheter .....	44

8.5. Behandlingshensyn.....	48
8.6. Effekt av behandling og bruk av tvang .....	50
8.7. Omfang av tvang og variasjoner i klinisk praksis .....	53
8.8. Utvikling av alternativer til tvang .....	54
8.9. Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser.....	55
8.10. Brukererfaringer .....	56
8.11. Pårørendeperspektiver .....	58
8.12. Samfunnsperspektiver .....	60
8.13. Politiets perspektiv .....	61
8.14. Forholdet til fare for andre .....	62
9. Vurdering og forslag til tiltak.....	65
9.1. Innledning. Problemstillinger.....	65
9.2. Prinsipielle spørsmål, herunder menneskerettslige aspekter.....	67
9.3. Pasientens selvbestemmelsesrett – forholdet til pasientrettighetsloven.....	71
9.4. Behandlingshensyn som begrunnelse for tvangsværn .....	73
9.5. Etableringsprosedyrer, herunder frivillighetsvilkåret.....	74
9.6. Tvangsmedisinering .....	77
9.7. Tiltak for å avhjelpe eventuelle ulemper ved behandlingstvilkåret .....	81
10. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.....	86
10.1. Innledning.....	86
10.2. Gjennomgang av status for tiltaksplanen .....	87
10.3. Overordnet vurdering av planen.....	88
10.4. Arbeidsgruppens forslag til nye tiltak .....	90
11. Bakgrunnsdokumenter .....	102
12. Litteraturliste .....	103
Vedlegg.....	111

## 1. Oppsummering av arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger

- Arbeidsgruppen er bekymret for de høye tvangstallene i Norge som varierer mellom institusjoner og regioner, og som ikke synes å kunne forklares ut fra pasientgrunnlaget. Gruppen mener at det er nødvendig med flere ulike tiltak for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang, herunder å styrke pasientenes rettssikkerhet.
- ”Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern” må være et helt sentralt virkemiddel. Arbeidsgruppen anbefaler at planen videreutvikles og gjøres mer effektiv for å få større gjennomslagskraft. Den må gis en tydelig og forpliktende forankring i det faglige, administrative og politiske lederansvaret på alle nivåer i sosial- og helsetjenestene, styrkes med et godt rapporterings- og kontrollsystem, samt gis tilstrekkelig finansiering. Det foreslås en rekke nye tiltak.
- Arbeidsgruppen mener at kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang er mangelfullt, og vil sterkt tilrå at det iverksettes tiltak for å avhjelpe dette. Det bør særlig fokuseres på kunnskapsgrunnlaget for behandling med legemidler uten eget samtykke.
- Arbeidsgruppen konstaterer at spørsmålet om den etiske legitimitet av den tvangsbruk som i dag finner sted ovenfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er omstridt.
- Den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse vurderes ratifisert av Norge. Dette vil i tilfelle gjøre det nødvendig å vurdere betydningen av denne for psykisk helsevernloven, herunder i hvilken grad dagens lovgivning om tvang innen psykisk helsevern kan og bør opprettholdes i sin nåværende form.
- Arbeidsgruppen har ikke kommet frem til et samlet standpunkt når det gjelder spørsmålet om lovendringer, herunder behov for endringer i eller fjerning av behandlingstvilkåret og revisjon av reglene om behandling med legemidler uten eget samtykke.
  - Et flertall i arbeidsgruppen (16 medlemmer<sup>1</sup>) mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven, herunder når det gjelder behandlingstvilkåret, for å styrke pasientens rett til selvbestemmelse og for forhindre unødvendig og etisk uforsvarlig tvang, både ved etablering av psykisk helsevern og i behandling og omsorg.
  - Dette flertallet mener at det uansett ikke vil være et godt alternativ å fjerne behandlingstvilkåret alene. Eventuelle endringer når det gjelder behandlingstvilkåret må ses i sammenheng med det øvrige regelverk og med andre tiltak, herunder styrking av den faglige og rettslige kontroll av tvangsbruken, og særlig ved tvangsmedisinering.

---

<sup>1</sup> Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyser, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerde, Per Christian Moen og Jan Fridthjof Bernt.

- Tre av medlemmene<sup>2</sup> foreslår at psykisk helsevernloven oppheves, herunder adgangen til tvangsmedisinering, og at det innføres en ny ikke-diskriminerende modell i tråd med den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse.
- Et annet mindretall (seks medlemmer)<sup>3</sup> mener at det ikke er behov for vesentlige endringer i psykisk helsevernloven, og at et behandlingsvilkår uansett må beholdes. Det vurderes slik at vilkårene i dagens lov, når de følges, er tilstrekkelige for å legitimere etablering og behandling under tvang. Fokus bør heller rettes mot å bedre praksis ved å styrke tiltaksplanen og utvikle kunnskapsgrunnlaget.
- Arbeidsgruppens flertall (18 medlemmer<sup>4</sup>) anbefaler at det nedsettes et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetsforpliktelser. Dette må skje parallelt med en utvikling av kunnskapsgrunnlaget og av tiltaksplanen.

Et mindretall på fire medlemmer<sup>5</sup> mener at det ikke er behov for et slikt utvalg på det nåværende tidspunkt. Dette mindretallet mener at prioriteringen heller bør være metode, kunnskaps- og kompetanseutvikling for å sikre en god praksis før det eventuell settes i gang en større gjennomgang av regelverket.

To av medlemmene<sup>6</sup> mener at dagens psykisk helsevernlov i hovedsak er tilstrekkelig og at et behandlingsvilkår bør beholdes, men mener at det likevel er ønskelig å utrede ulike sider ved loven og forholdet til annet regelverk, herunder konsekvenser av eventuelle endringer.

Det bemerkes at de forskjellige medlemmene har ulike presiseringer og forbehold knyttet til sitt standpunkt. Også den nærmere begrunnelsen for det samme standpunkt kan variere. Det vises til kap. 9 for en nærmere utdyping av de ulike standpunkter mv.

## 2. Gruppens bakgrunn, mandat, sammensetning og arbeid

### 2.1. Bakgrunn

I Innst.O.nr.66 (2005-2006) fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven bes det om en «*grundigere vurdering av behovet for behandlingskriteriet i loven, blant annet sett i lys av de ulike erfaringene som er gjort med bruk av tvang, variasjoner som allerede eksisterer i Norge, samt erfaringer fra sammenliknbare land*». Helse- og omsorgskomiteen viste spesielt til at det er viktig å lytte til erfaringer når det gjelder tvangsbruk og brukermedvirkning.

<sup>2</sup> Medlemmene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa

<sup>3</sup> Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes, Reidun Lauvstad, Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

<sup>4</sup> Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyer, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerd, Per Christian Moen, Carl Fredrik Aas, Pål Kippenes og Jan Fridthjof Bernt.

<sup>5</sup> Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes og Reidun Lauvstad.

<sup>6</sup> Medlemmene Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

Bakgrunnen for komiteens vedtak var innspill fra Mental helse Norge og Psykologforeningen i høringsrunden, og innspillet vedrørende behandlingskriteriet er nærmere omtalt i et felles brev av 21. juni 2006 fra foreningene til Helse- og omsorgsministeren fra de to foreningene. Det stilles her spørsmål ved om det er faglige og menneskerettslige er tilstrekkelige gode grunner for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke skal ha rett til selv å bestemme om de vil motta behandling for sin lidelse, på lik linje med resten av befolkningen. Brevet er inntatt i sin helhet som vedlegg 1 til rapporten.

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ga Helsedepartementet følgende tilbakemelding til Stortinget vedrørende oppfølging av behandlingskriteriet:

*”Det knytter seg vanskelige dilemmaer av etisk-, klinisk-, og juridisk karakter rundt en eventuell fjerning av behandlingskriteriet som grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern. Fjerning av behandlingskriteriet i loven vil innebære en betydelig omlegging av dagens politikk. For å ha et godt beslutningsgrunnlag må det foretas et omfattende utredningsarbeid med beskrivelser og analyser av en eventuell omlegging. Departementet finner ikke grunnlag for å igangsette et så bredt utredningsarbeid. Med bakgrunn i komiteens innstilling og at problemstillingen er brakt inn fra sentrale aktører både fra bruker- og tjenestesiden, finner departementet det hensiktsmessig at det i regi av Sosial- og helsedirektoratet nedsettes en arbeidsgruppe, med deltagelse fra bl.a. interesse- og brukerorganisasjoner, som skal belyse problemstillingene. Dette arbeidet vil gi grunnlag for å vurdere om det skal gås videre med problemstillingene. Arbeidsgruppen skal se på de hensynene som ligger bak ønsket om fjerning av behandlingskriteriet, og hvordan disse best kan ivaretas. Dette skal ses i lys av tiltak som følger av «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern IS-137». Arbeidsgruppen skal i denne sammenhengen også vurdere om det kan være hensiktsmessig å tilføye tiltak i ovennevnte handlingsplan herunder om det er aktuelt å vurdere vilkårene for behandling med legemidler uten eget samtykke.”*

På bakgrunn av oppdrag fra departementet nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe i august 2008.

## **2.2. Mandat**

Arbeidsgruppen ble gitt følgende mandat:

- *Beskrive og diskutere de hensyn som ligger bak ønsket om å fjerne behandlingsvilkåret opp mot fordeler ved behandlingsvilkåret*
- *Vurdere mulige tiltak for å avhjelpe eventuelle negative konsekvenser av behandlingsvilkåret. Dette kan også omfatte forslag til videre arbeid på området.*
- *Gå gjennom status for ”tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang”, Helsedirektoratets rapport IS 1370*
- *Foreslå justeringer og nye tiltak til tiltaksplanen, som kan bidra til å redusere bruken av tvang*
  - *ved etablering av psykisk helsevern*
  - *ved behandling, herunder vurdere vilkårene for behandling med legemidler uten samtykke*

- *Foreslå tiltak for å sikre kompetanse og god klinisk praksis i samsvar med gjeldende rett, herunder menneskerettighetene, og etiske prinsipper*

*Arbeidsgruppen skal søke å ivareta et bredt kulturelt perspektiv, hvor man også reflekterer ulike verdier, normer og holdninger til tvangsbruk og psykiske lidelser generelt. Et gjennomgående brukerperspektiv forutsettes lagt til grunn.*

### **2.3. Arbeidsgruppens sammensetning og arbeid**

Arbeidsgruppen har vært sammensatt av relevante fagpersoner og interessegrupper med sikte på å sikre en god og bred vurdering. Det ble ansett sentralt at miljøer som kan forventes å ha ulike synspunkter var representert.

Arbeidsgruppen ble fra starten (august 08) ledet av dr. juris. Karl Harald Søvig, førsteamanuensis ved juridisk fakultet, Universitetet i Bergen. Fra desember 2008 overtok professor dr. juris Jan Fridthjof Bernt ved juridisk fakultet, Universitetet i Bergen, som leder for gruppen. Helsedirektoratet har ivaretatt sekretariatsfunksjonen.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende representanter:

Olav Nytingnes, Rådet for psykisk helse  
 Birgitte Finne Høifødt, Mental Helse Norge  
 Torbjørn Garberg, Mental Helse Norge  
 Mette Ellingsdalen, We Shall Overcome  
 Hege Orefellen, We Shall Overcome  
 Carl Fredrik Aas, Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)  
 Bjørg Njaa, Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP), leder av Menneskerettighetsutvalget  
 Terje Vestheim, Den norske legeförening, Norsk psykiatrisk forening  
 Anders Skuterud, Norsk Psykologforening  
 Maria Knutzen, Norsk sykepleierforbund, landsgruppe av psykiatriske sykepleiere  
 Solveig Wilhelmsen, Fellesorganisasjonen  
 Kjetil Hustoft, psykiater, Helse-Vest  
 Bjørn Rishovd Rund, psykologspesialist, Helse Sør-Øst  
 Pål Kippenes, tidligere kommuneoverlege, nå rådgiver Fylkesmannen i Oslo og Akershus  
 Georg Høy, professor ved Universitetet i Tromsø, Forskningsnettverk tvang  
 Trond Hatling, tidligere Sintef-Helse, nå leder av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene  
 Reidun Lauvstad, advokat og leder av kontrollkommissjon i det psykiske helsevern  
 Cecilie Gulnes, politiadvokat, Oslo politidistrikt  
 Anne Aasen, Helse Sør-Øst RHF  
 Iver Lillegjerde, Helse Midt Norge RHF  
 Carina Paulsen, Helse Vest RHF (frem til 12.02.09)  
 Per Kristian Moen, fastlege, Sør Fron kommune

Sekretariatet har bestått av:

Trude Hagen, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse, Helsedirektoratet.  
 Vårin Hellevik, seniorrådgiver, avdeling psykisk helse, Helsedirektoratet (til februar 09).  
 Mari Vestrheim, rådgiver, avdeling psykisk helse, Helsedirektoratet (fra februar 09).  
 Wenche Dahl Elde, advokat



Noen av representantene har vært utpekt personlig av Helsedirektoratet og andre er utpekt etter forslag fra sine organisasjoner eller regionalt helseforetak. Alle har vært personlige og selvstendige representanter i kraft av å være kyndige på området. Medlemmene har selv vurdert hvilken forankring deres syn skulle ha i egen organisasjon.

Første møte i arbeidsgruppen ble avholdt den 27. august 2008. På bakgrunn av innspill om gruppens sammensetning ble den etter første møte utvidet med en fastlege. Det ble også fremsatt forslag om at gruppen skulle utvides med en fagperson fra høyskolemiljøet/psykisk helsearbeid, samt bredere/uavhengig juridisk kompetanse. Det ble fra direktoratets side vurdert slik at dette var tiltrekkelig i varetatt i gruppen, samt at eksterne bidrag heller kunne innhentes ved behov.

Arbeidsgruppens leder (Søvig) bestemte at det skulle skrives bare helt korte referater fra møtene, og at drøftelser i gruppen heller skulle synliggjøres i rapporten.

Arbeidsgruppen har avholdt 8 møter, samt ett to dagers seminar med eksterne innledere.

Seminaret fant sted 27.-28. januar 2009. Tema første dag var etiske og menneskerettslige sider ved behandlingskriteriet. Eksterne foredragsholdere var høyesterettsdommer Ketil Lund, professor i psykisk helsearbeid og systematisk teologi Antonio Barbosa da Silva, lege og filosof Reidar Pedersen, professor i jus Aslak Syse, advokat Oliwer Lewis, leder av Mental Disability Advocacy Center og advokat Tina Minkovitz (USA), leder av World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Den andre dagen var tema tvangsreduserende tiltak, og eksterne foredragsholdere var psykiater Trond Aarre, leder av Nordfjord psykiatrisenter, psykiater Ewa Ness, fagsjef psykiatrisk divisjon Ullevål Universitetssykehus, Elin Skoglund og Line Alverberg, akuttteamet ved Vinderen DPS.

På møtet i arbeidsgruppen den 30.03.09 ble det holdt innlegg av professor i psykiatri Stein Opjordsmoen, Oslo Universitetssykehus, Ullevål/Universitetet i Oslo, og professor i klinisk farmakologi Ivar Aursnes, Universitetet i Oslo vedrørende behandling av psykotiske tilstander, særlig problematikken knyttet til behandling ved bruk av psykofarmaka.

Professor Aslak Syse, juridisk fakultet ved Universitetet i Oslo har på oppdrag fra Helsedirektoratet utredet de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevern, med en hovedvekt på de ulike grunnlag for bruk av tvang (fare og behandling) og mulighetene for tvangsmedisinering både i og utenfor institusjon. Utredningen ble presentert på arbeidsgruppens seminar i januar. Et utdrag av utredningen er inntatt i kap. 6, og hele utredningen er inntatt som vedlegg 2 til rapporten.

Medlem i arbeidsgruppen, professor Georg Høyér, har utredet hva vi vet om effektene ved bruk av tvang på behandlingsindikasjon. Et utdrag av utredningen er inntatt i kap 7, og hele utredningen er inntatt som vedlegg 3 til rapporten.

#### ***2.4. Nærmere om mandatforståelse, gruppens arbeid og utfordringer***

Det fremgår av bakgrunnsdokumenter for opprettelsen av arbeidsgruppen at det fra departementets side er lagt til grunn at det er vanskelige dilemmaer av etisk-, klinisk-, og juridisk karakter knyttet til spørsmålet om å beholde eller å fjerne behandlingsvilkåret (1). Det er lagt til grunn at eventuelle endringer av eller fjerning av behandlingsvilkåret krever et

bredt utredningsarbeid med analyse av en eventuell omlegging av tjenestetilbudet knyttet til en slik reform.

Arbeidsgruppens mandat er ikke å gjennomføre et slikt omfattende og bredt utredningsarbeid. Gruppen ble ikke opprettet som en utredningsgruppe eller et lovutvalg, men fikk i oppdrag å *belyse problemstillingene* rundt behandlingsvilkåret. Gruppens rapport skal gi grunnlag for å vurdere om det skal gås videre med problemstillingene.

Arbeidet i gruppen har vist at det er til dels svært ulike oppfatninger både når det gjelder problembeskrivelse, den faktiske situasjon og aktuelle tiltak. Bak dette ligger ikke bare ulik forståelse av faglige og rettslige spørsmål, men også ulike verdivalg. Det har vært diskusjoner i arbeidsgruppen med høy temperatur både i og mellom møtene. Selv om dette har vært utfordrende for gruppens medlemmer har det også hatt en klar konstruktiv side, hvor ulike standpunkter har kommet frem, blitt diskutert og videreutviklet. Prosessen har på denne måten vært svært nyttig med tanke på videre arbeid på feltet ved at alle parter har fått et grundig innblikk i ulike perspektiver på og forståelse av de aktuelle problemene.

En side av arbeidet som har vært særlig utfordrende knytter seg til fraværet av sikker kunnskap og mulighet til å etterprøve ulike argumenter, gjerne med støtte i en artikkel, bok, studie, undersøkelse, rapport mv, fra innland og utland, som har kommet frem i debatten. Arbeidsgruppen har således bare i sterkt begrenset grad hatt mulighet for å kontrollere kildebruk og referanser som er fremlagt til støtte for ulike synspunkter fremsatt i kap. 8. Henvisninger som er kommet fra gruppens medlemmer til støtte for ulike argumenter er likevel fortløpende inntatt i fotnoter for å samle aktuelt materiale, og kan også tjene som eksempler.

Det har heller ikke vært mulig for arbeidsgruppen å etterprøve og ta stilling til de til dels motstridende påstander som har vært fremsatt. Dette gjelder særlig argumenter og opplysninger av faglig karakter. Verken mandatet for gruppen eller de ytre rammebetingelsene for arbeidet har gjort det mulig å foreta et bredt utredningsarbeid med en fullstendig kunnskapsoppsummering og gjennomgang av alle faglige og rettslige sider ved problemkompleksiteten.

Som det fremgår av pkt. 2.3 har arbeidsgruppen likevel fått utført utredninger om to sentrale spørsmål. Den ene utredningen omhandler en kunnskaps gjennomgang av hva vi vet om effektene ved bruk av tvang på behandlingsresultatet, foretatt av professor Georg Høyser (inntatt i vedlegg 3). Et sentralt argument mot behandlingsvilkåret er at det ikke finnes vitenskapelig dokumentasjon på at tvang gir et bedre behandlingsresultat enn ikke å bruke tvang. Den andre utredningen omhandler menneskerettigheter ved bruk av tvang, foretatt av professor Aslak Syse (inntatt i vedlegg 2). Forholdet til menneskerettighetene og utviklingen internasjonalt har stått veldig sentralt i argumentasjonen mot behandlingsvilkåret.

### **3. Gjeldende rett**

#### ***3.1. Forholdet mellom frivillighet og tvang – rettslig perspektiv***

Det enkelte individ har som utgangspunkt full bestemmelsesrett/autonomi i forhold til sin frihet, sin helse og sitt liv. Inngrep ovenfor enkeltmennesker, herunder helsehjelp, krever at det foreligger et tilstrekkelig rettsgrunnlag. Aktuelle rettsgrunnlag er samtykke og lovgivning.

Den klare hovedregel er at det kreves samtykke, men selvbestemmelsesretten kan unntaksvis settes til side ved lovgivning når det er nødvendig for å ivareta andre viktige hensyn, som liv og helse. Straffeloven § 47 om nødrett har også vært benyttet som hjemmel for helsehjelp uten samtykke i akutte nødssituasjoner.

I pasientrettighetsloven (lov nr. 63, 1999) er det regler om adgang til å gi helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse i kapittel 4, og særlige regler om adgang til å gi slik helsehjelp når en slik pasient motsetter seg denne i kapittel 4A. Disse reglene gjelder imidlertid ikke for undersøkelse og behandling av pasienter med alvorlig sinnslidelse, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 siste ledd. Det er videre fastsatt at undersøkelse og behandling av psykisk lidelse som pasienten motsetter seg, kan bare skje i medhold av bestemmelsene i psykisk helsevernloven. Det betyr at pasienter som er ikke er alvorlig sinnslidende, bare vil kunne bli undersøkt og behandlet mot sin vilje for somatiske lidelser, ikke for sin psykiske lidelse, se § 4A-2 siste ledd.

Også for psykisk helsehjelp er hovedregelen at dette bare kan gis med pasientens *eget samtykke*, se psykisk helsevernloven (lov nr. 62 1999) § 2-1, som viser til bestemmelsene i pasientrettighetsloven, herunder regler om samtykkekompetanse i § 4-3. Men psykisk helsevernloven gir hjemmel for på visse vilkår å etablere og gjennomføre tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlig sinnslidelse, dvs. uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4, og for å iverksette behandling uten pasientens samtykke, og om nødvendig med tvang, når vilkårene for dette i loven og i særskilt forskrift er oppfylt.

Adgangen til tvangsinngrep er dels begrunnet i hensynet til vern av pasienten selv og dels i hensyn til omgivelsene. Det er begrunnelsen som knytter seg til hensynet til pasienten selv, som er særlig relevant i forhold til arbeidsgruppens mandat. Dette hensynet ligger under både behandlingsvilkåret og den ene delen av farekriteriet i dagens regelverk.

Særlige tvangsregler for personer med alvorlige psykiske lidelser har en lang rettstradisjon. Dagens psykiske helsevernlov bygger på tidligere lov av 1961, som igjen bygger på den første loven på området fra 1848 (Sinnsykeloven). Alle disse lovene har hatt regler om behandlingsbehov som begrunnelse for tvang av hensyn til vern av pasienten selv.

Om behovet for egne tvangsbestemmelser for personer med alvorlig sinnslidelse uttales i forarbeidene til 99 loven (2; s. 43-44):

*”Etter departementets oppfatning må særregler om frihetsberøvelse av alvorlig sinnslidende sees på bakgrunn av vår kulturelle og rettslige tradisjon. Det synes nærliggende å regne med at samfunnet vanskelig ser at mennesker går til grunne uten at det gjøres noe for dem, og at dette i hvert fall ikke tåles hvis vedkommende oppfattes som alvorlig sinnslidende og derfor ute av stand til å vurdere sin situasjon rasjonelt og slik selv ivareta sine interesser. (..) Alvorlig sinnslidende mennesker som fyller de nærmere angitte vilkår for tvungent vern, vil være i en situasjon som er svært lidelsesfull og belastende både for dem selv og for de pårørende. Dersom de selv på grunn av en ofte forekommende mangel på sykdomsinnsikt ikke vil la seg underkaste psykisk helsevern, må samfunnet etter departementets oppfatning ha adgang til å sørge for at så skjer, slik at de kan gjenvinne herredømmet og kontrollen over seg selv og sitt liv. Hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få den sinnslidende under behandling slik at vedkommende kommer i en sinnstilstand der han eller hun er i stand til å foreta rasjonelle valg og følge en bevisst kurs. En ubehandlet alvorlig*

*sinnslidelse kan føre til at den sinnslidende blir kraftig invalidisert og aldri får sjansen til å gjøre noe meningsfullt ut av livet.”*

Som det fremgår her er begrunnelsen for å fravike hovedregelen om selvbestemmelse samfunnets ansvar for å ivareta helse og liv ved nødvendig behandling i situasjoner hvor personen selv på grunn av alvorlig psykisk lidelse mangler sykdomsinnsikt og evne til å forstå sitt eget beste.

Psykisk syke er ikke den eneste gruppen innen helselovgivningen som det er gitt særlige tvangsregler i forhold til. Det er også gitt lovbestemmelser som gir grunnlag for tvangsbruk i forhold til andre pasientgrupper, bl.a. sosialtjenesteloven kap 4A (psykisk utviklingshemmede) og 6 (rus).

Det er også gitt diagnoseuavhengige tvangsregler i et nytt kap. 4A i pasientrettighetsloven, som trådte i kraft 1. januar 2009. Reglene får anvendelse i forhold til personer som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen for å avverge vesentlig helseskade. Reglene i kap 4A gjelder ikke psykisk helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven kap. 4A-2 andre ledd, da psykisk helsevernloven har egne tvangsregler for denne gruppen. Dersom en person som mangler samtykkekompetanse trenger psykisk helsehjelp, er det tvangsreglene i psykisk helsevernloven kap. 3 som gjelder, ikke pasientrettighetsloven kap 4 og 4A. Somatisk behandling av psykisk syke vil derimot omfattes av bestemmelsene i disse kapitlene.

I det følgende omtales først gjeldende regler om frivillighet som rettslig grunnlag for psykisk helsevern; samtykke, samtykkekompetanse og representasjon. Deretter omtales tvangsreglene i psykisk helsevernloven, med særlig fokus på behandlingsvilkåret og grensen mot farevilkåret.

### **3.2. Eget samtykke**

Den klare hovedregel er at psykisk helsevern skal baseres på pasientens samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd, som henviser til reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4 om dette.

For at det skal foreligge et gyldig samtykke er det en forutsetning at pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere egen tilstand og tiltaket, jf. pasientrettighetsloven § 4-1. Informasjonen må tilpasses den enkelte pasients individuelle forutsetninger og behov.

Et samtykke kan gis både uttrykkelig og stilltiende, jf. pasientrettighetsloven § 4-2. Et stilltiende samtykke krever imidlertid at pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig gjør det sannsynlig at pasienten godtar helsehjelpen som tilbys. Et samtykke kan når som helst trekkes tilbake.

### **3.3. Samtykkekompetanse**

En forutsetning for å basere helsehjelpen på pasientens samtykke er at den det gjelder har kompetanse til å ta stilling til spørsmålet.

For det første er det et kompetansekrav knyttet til alder. Myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd. Foreldre eller andre med foreldreansvar har som alminnelig utgangspunkt

rett til å samtykke til helsehjelp for barn under 16 år, jf. pasientrettighetsloven § 4-4 første ledd. Barnet skal imidlertid høres etter hvert som det utvikles og modnes, og i alle spørsmål som angår egen helse etter fylte 12 år, jf. § 4-4 tredje ledd. Ved etablering av psykisk helsevern hvor barnet har fylt 12 år, skal vedtaket bringes inn for kontrollkommissjonen hvis ikke barnet selv er enig i tiltaket, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd.

For det andre må ikke samtykkekompetansen ha falt bort. I henhold til pasientrettighetsloven § 4-3 annet ledd kan samtykkekompetansen *”bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter”*.

Samtykkekompetansen faller ikke automatisk bort for alle områder, og vurderingen er heller ikke permanent. Kompetansen skal vurderes i forhold til den konkrete helsehjelpen, jf. ordlyden *”..hva samtykket omfatter”*, og først etter at helsepersonellet har søkt å legge forholdene best mulig til rette for at pasienten kan avgi samtykke, jf. § 4-3 tredje ledd. Ordlyden tilsier at terskelen for å anse kompetansen som bortfalt er høy, jf. *”åpenbart”*.

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Er helsepersonellet i tvil om pasienten forstår hva samtykket innebærer, gjelder hovedregelen om at pasienten skal anses å ha samtykkekompetanse, og at pasientens motstand mot tiltaket må respekteres.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges fram for pasienten og dennes nærmeste pårørende, jf. § 4-3 fjerde ledd. Opplysninger om pasientens samtykke og samtykkekompetanse skal nedtegnes i pasientjournalen, jf. forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstavene c og j.

Spørsmål om samtykkekompetanse har blitt aktualisert gjennom de nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 og 4A, hvor det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse for at det skal kunne fattes vedtak om helsehjelp som pasienten henholdsvis ikke samtykker til eller motsetter seg. I Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 til kap. 4A uttrykkes i pkt 2.3 at en helt sentral premisse for anvendelsen av de nye tvangsreglene er at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte. Det påpekes at det ikke er en enkel oppgave å vurdere samtykkekompetanse, og det vil alltid inkludere skjønnsmessige og moralske overveielser.

Som hjelp til skjønnsutøvelsen viser rundskrivet til at det finnes flere ulike veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, som blant annet er utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene.

Det vises i rundskrivet til at det finnes mange alminnelige misforståelser knyttet til pasienters samtykkekompetanse – for eksempel:

- *”pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse”*

- ”pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse”

Ved tvunget psykisk helsevern er ikke på samme måten som etter pasientrettighetsloven kapittel 4 og 4a et vilkår at samtykkekompetansen har bortfalt i henhold til pasrl. § 4-3, verken for å etablere eller opprettholde tvunget psykisk helsevern, eller for å gjennomføre behandlingstiltak som pasienten motsetter seg. Det avgjørende om vedkommende har en ”alvorlig sinnslidelse” og at de øvrige vilkår når det gjelder behandlings- eller omsorgsbehov er oppfylt. Graden av frivillighet eller tvang og muligheten for å basere helsehjelpen på samtykke vil være en del av den samlede vurderingen av om vilkårene for tvangsbruk er oppfylt. Fravær av samtykkekompetanse er ikke noe absolutt vilkår for bruk av tvang, og det er heller ikke noe krav, slik det er etter pasientrettighetsloven § 4-6 andre ledd, første punktum, at ”*det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp*”.

I mange tilfeller vil en person med en alvorlig sinnslidelse mangle samtykkekompetanse, men dette vil ikke være situasjonen i alle tilfeller. Forskning viser at kompetansen til personer med alvorlig sinnslidelse til å bestemme om egen behandling er betydelig bedre enn tidligere antatt (3-5). Dette kan særlig være aktuelt ved spørsmål om å opprettholde et tvangsvern som har vart en stund og psykose symptomer er redusert på grunn av den behandling som er gitt, mest praktisk ved bruk av medisiner. Det vil også være situasjoner hvor en pasient i sine symptomfrie perioder gir uttrykk for en fast og rasjonelt begrunnet motstand mot visse behandlingstiltak hvis eller når han eller hun går inn i en fase hvor samtykkekompetansen tapes.

### **3.4. Representasjonsregler for personer uten samtykkekompetanse**

For de situasjonene hvor pasienten ikke er i stand til å samtykke selv, er det gitt regler i pasientrettighetsloven § 4-6 om antatt samtykke, dvs. at helsepersonell kan treffe beslutning om å iverksette visse tiltak som anses å være i pasientens interesse som det er anses sannsynlig at hun eller han ville samtykket til. Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 4-6 omhandler både mindre og mer inngripende tiltak. Den regulerer imidlertid bare undersøkelses og behandlingssituasjoner der pasienten enten samarbeider eller forholder seg passiv. I siste ledd er det fastslått at det ikke kan gis helsehjelp etter denne bestemmelsen hvis pasienten motsetter seg den.

Reglene om adgang til å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse gjelder som et utgangspunkt også psykisk helsehjelp, jf. phvl. § 1-5, hvor det fremgår at pasientrettighetsloven gjelder ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hvis pasienten har en alvorlig sinnslidelse, må imidlertid undersøkelse og behandling besluttes etter reglene i psykisk helsevernloven, jf. pasientrettighetsloven § 4-3, siste ledd. Derimot vil behandling uten samtykke kunne skje etter pasientrettighetsloven også som psykisk helsehjelp til personer med demens og personer med psykisk utviklingshemming, så lenge tilstanden ikke er så alvorlig at den må anses som en alvorlig sinnslidelse, men bare så lenge pasienten ikke motsetter seg hjelpen.

Her er det gjort et lovvalg. På grunn av faren for et tosporet system når det gjelder beslutninger om helsehjelp uten eget samtykke ovenfor personer med alvorlig sinnslidelse, er disse tilfellene henvist til tvangsreglene i psykisk helsevernloven kap 3 (6; s. 35-37). For personer med alvorlig sinnslidelse får dermed ikke reglene om behandling på grunnlag av antatt samtykke i pasientrettighetsloven kap. 4 anvendelse. Dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse, kan psykisk helsehjelp kun baseres på vedkommendes eget samtykke, som

forutsetter samtykkekompetanse, eller vedtak i henhold til tvangsreglene i psykisk helsevernloven kap 3. Dette gjelder selv om personen ikke motsetter seg helsehjelpen. Og pasienter med psykiske lidelser som ikke anses om alvorlig sinnslidelse, kan ikke gis undersøkelse eller behandling etter noen av de to lovene, hvis de motsetter seg dette.

### **3.5. Konverteringsforbud**

En direkte overføring - konvertering - av rettslig status fra frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern er forbudt, jf. psykisk helsevernloven § 3-4.

Konverteringsforbudet er begrunnet i vern av pasienters tillit til psykisk helsevern, og at redsel for tvangsinnleggelse skal føre til at de unnlater å søke behandling. Dette innebærer at pasienter som frivillig mottar behandling i henhold til § 2-1 når som helst kan be om å bli utskrevet, og institusjonen må respektere dette. Utskrivelsen må være reell, en formell utskrivelse er ikke tilstrekkelig.

Konverteringsforbudet har tradisjonelt vært mest aktuelt i forhold til pasienter som er innlagt til døgnopphold, men det gjelder etter sin ordlyd ikke bare frivillig innlagte pasienter, men også pasienter som mottar frivillig psykisk helsevern uten døgnopphold. På samme måte som for innlagte pasienter må også i disse situasjonene psykisk helsevern opphøre, før tvungent psykisk helsevern eventuelt kan etableres.

Konverteringsforbudet er derimot ikke til hinder for at tvungent psykisk helsevern kan etableres *etter* at det er foretatt en reell utskrivelse/opphevelse. I de tilfeller hvor situasjonen vurderes slik at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt er det anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få pasienten under tvungent psykisk helsevern (2; s. 65).

I andre ledd er det gitt et snevert unntak fra konverteringsforbudet. Det gjelder ikke hvor en utskrivelse vil medføre en nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget eller andre liv, jf. § 3-3 første ledd b). I disse tilfellene må institusjonen utarbeide en skriftlig redegjørelse i de tilfellene hvor dette unntaket benyttes. Denne skal forelegges kontrollkommissjonen i forbindelse med dokumentkontrollen i henhold til § 3-8 første ledd.

### **3.6. Vilkår for å etablere og opprettholde tvungent psykisk helsevern**

#### **3.6.1. Materielle vilkår**

##### Hovedvilkår. Alvorlig sinnslidelse

Det er et hovedvilkår at personen har en alvorlig sinnslidelse, jf. § 3-3 første ledd nr. 3. Dette er et rettslig begrep som ikke tilsvarer en medisinsk diagnose. Begrepet omfatter i hovedsak psykotiske tilstander, men også andre tilstander kan etter en konkret vurdering anses å gå inn under dette vilkåret, i tilfeller hvor funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser, for eksempel alvorlige spiseforstyrrelser. I tillegg har Høyesterett lagt til grunn at kroniske psykoselidelser kan omfattes, selv om det ikke fremkommer symptomer, når symptomfriheten settes i sammenheng med bruk av psykofarmaka, jf. Rt. 1993 s. 249 og Rt. 2001 s. 1481.

##### Tilleggsvilkår. Behandling eller fare.

Det er ikke tilstrekkelig at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. I tillegg må minst ett av to vilkår være oppfylt, enten behandlingsvilkåret eller farevilkåret, jf. §§ 3-2/3-3 første ledd nr. 3

bokstav a og b. Det er tilleggsvilkårene som begrunner tvangsinnleggelsen, ikke sinnslidelsen i seg selv.

Behandlingsvilkåret er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv, og er inndelt i et bedringsalternativ og et forverringsalternativ. Også farekriteriet har to alternativer, som regulerer to forskjellige situasjoner; fare for eget liv eller helse (hensyn til pasienten selv) og fare for andres liv eller helse (hensyn til samfunnsvern). Det er tilstrekkelig at ett av alternativene er oppfylt. Dette innebærer at det reelt sett oppstilles fire alternative tilleggsvilkår, hvorav tre er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv.

#### Behandlingsvilkåret - bedringsalternativet

Bedringsalternativet innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern *”får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert”*, jf. § 3-3 første ledd bokstav a første alternativ. Dette alternativet er mest aktuelt ved etablering av tvungent psykisk helsevern.

Det sentrale vurderingstema er hvordan tilstanden vil utvikle seg uten tvungent psykisk helsevern sammenlignet med hvordan den vil utvikle seg med tvungent psykisk helsevern. Det er oppstilt strenge krav til bedringsutsiktene, jf. *”helbredelse eller vesentlig bedring”*. Det er tilstrekkelig at utsiktene uten tvungent vern blir i *”betydelig grad redusert”*. Tidligere var kravet at bedringsutsiktene skulle *”forspilles”* hvis pasienten ikke ble underlagt tvangsvern. Dette ble vurdert å være for strengt, da det burde være anledning til å gripe inn ovenfor den syke før situasjonen hadde kommet så langt (2; s. 79). Det er ikke oppstilt en fast tidsgrense for når helbredelse eller vesentlig bedring forventes å kunne inntreffe hvis behandling gis.

#### Behandlingsvilkåret - forverringsalternativet

Forverringsalternativet krever at det uten tvungent psykisk helsevern er *”stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret”* jf. § 3-3 første ledd bokstav a andre alternativ. Forverringsalternativet er mest aktuelt i situasjoner hvor tvungent vern har vart en stund.

Dette alternativet ble lovfestet ved 99-loven etter at det var blitt utviklet i rettspraksis, jf. Rt. 1993 s. 249. Det er særlig aktuelt hvor pasienten ved behandling er brakt opp til sitt optimale nivå, men hvor man frykter snarlig tilbakefall uten tvungent vern. I lovens forarbeider legges det til grunn at det skal mye til for at en person som er behandlet optimalt og fungerer bra over lengre perioder ikke skal få prøve en situasjon uten tvungent psykisk helsevern (2; s. 80). Dette er imidlertid avveid mot at det skal være mulig å opprettholde vernet i situasjoner hvor faren for forverring er helt overhengende, for eksempel at vedkommende åpenbart vil slutte med nødvendige medisiner ved opphør av tvangsvernet. Helhetsvurderingen i § 3-3 nr. 6 om at tvungent psykisk helsevern skal være klart den beste løsning for pasienten, vil være særlig sentral i saker hvor forverringsalternativet er aktuelt.

Da bruk av tvang på grunnlag av dette alternativet anses svært inngripende for pasienten er det stilt strenge krav til forverringsmuligheten.

For det første er det oppstilt et tidskrav om at forverring må inntreffe *”i meget nær fremtid”*. Det ble her foretatt en bevisst innstramming i loven i forhold til det som var etablert ved rettspraksis. Utgangspunktet for tidsberegningen er vedtakstidspunktet, i praksis tidspunktet for vurderingen av om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes eller ikke. Det ble vurdert om utgangspunktet for tidsberegningen burde settes til det tidspunktet hvor



depotmedisin mister sin virkning eller fra når man trodde pasienten ville slutte å ta medisiner, men et slikt utgangspunkt for tidsberegningen ble vurdert å ha et for hypotetisk preg. På grunn av at en del depot-medikamenter har en langtidseffekt angir forarbeidene en grense for vurderingen på maksimum 2 måneder (2; s. 80). I en dom inntatt i Rt. 2001 s. 752 uttales imidlertid at tidsgrensen i forarbeidene kun må anses som en antydning, men tidligere praksis med inntil 6 måneder som tidshorisont, ville være å trekke for vide grenser for denne vurderingen. I en lagmannsrettsdom er det lagt til grunn at en tidsramme på 3-4 mnd. vil være innenfor loven (7).

For det andre kreves en kvalifisert forverring av tilstanden, jf. ”vesentlig forverret”. For det tredje kreves at det er ”stor sannsynlighet” for forverring, altså mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt.

#### Farekriteriet – fare for eget liv eller helse

Farekriteriet innebærer at tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende ”*utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse*”, jf. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. I det følgende omtales kun fare for eget liv og helse, da dette tilleggsvilkåret på samme måte som behandlingstvilkåret skal ivareta hensynet til vern av pasienten selv. I forholdet til spørsmålet om å oppheve behandlingstvilkåret er det av interesse å se hvilke situasjoner denne delen av farekriteriet omfatter.

En fare for eget ”liv eller helse” omfatter fare for selvmord eller selvbeskadigelse og situasjoner som kan føre til at pasienten lider alvorlig overlast. Både fysisk og psykisk helsefare omfattes. Det er i forarbeidene (2; s. 78) forutsatt at farekriteriet i vid utstrekning tar opp i seg aspekter av det gamle overlast-kriteriet. Det er presisert at det fortsatt vil være psykiatriens oppgave å ta mennesker under psykisk helsevern dersom de forekommer på en slik måte at de kan komme til å lide alvorlig helseskade.

Kravet om at faren må være ”alvorlig”, tilsier at skadepotensialet i forhold til liv eller helse må være stort. En ”nærliggende” fare innebærer at den må fremstå som reell og overhengende, gjerne dokumentert gjennom tidligere hendelser. Spørsmålet om faren også må være nærliggende *i tid* ble drøftet av Høyesterett i Rt. 2001 s. 1481. Det ble her ikke funnet holdepunkter for et slikt tidskrav. Det ble uttalt at det måtte forstås slik at faren måtte være reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet. Tidsmomentet vil bli en del av vurderingen av den konkrete påregnelighet. Desto lengre frem i tid, desto mindre blir sikkerheten for at fare vil oppstå.

Farekriteriet kan også omfatte situasjoner som faller inn under behandlingstvilkåret. Det er forutsatt i lovens forarbeider (2; s. 81) at det ofte vil ”*..være slik at vurderingene etter kriteriene i henhold til bokstav a. og b. kan gå over i hverandre, og at begge kriteriene kan være oppfylt på samme tid.*”

Da vilkårene er alternative og dels overlappende, antas at behandlingstvilkåret vil være det som benyttes hyppigst i praksis, også i situasjoner hvor også farekriteriet kan være oppfylt. Det er først og fremst de situasjoner hvor det foreligger fare for selvmord eller selvskading, eller det foreligger fare for andre, at farekriteriet blir påberopt spesielt. Det finnes derfor lite praksis knyttet til rekkevidden av farekriteriet i tilfeller hvor behandlingstvilkåret er oppfylt, for eksempel i situasjoner hvor det er fare for en alvorlig psykisk helseskade uten at det gis behandling.

### Kvalitativ minstestandard

I tillegg til at den ansvarlige institusjon skal være godkjent for bruk av tvungent vern, er det et krav at institusjonen skal vurdere om den er i stand til å gi den aktuelle pasienten tilfredsstillende behandling og omsorgstilbud, jf. § 3-3 første ledd nr. 4. Kravet om en slik kvalitativ minstestandard innebærer at det må foretas en individuell, konkret vurdering av tilbudet i forhold til den aktuelle pasienten. Dette betyr at ikke alle institusjoner som er godkjent for tvungent vern vil være aktuelle for alle pasienter uavhengig av diagnose og behandlingsbehov. Det er i rettspraksis lagt til grunn at kravet om en kvalitativ minstestandard utgjør et selvstendig vilkår i loven, jf. Rt. 2001 s. 752.

### Skjønnsmessig helhetsvurdering

Selv om de øvrige vilkår er oppfylt, skal det i henhold til første ledd nr. 6 ikke automatisk vedtas tvungent vern. At vilkårene ellers er oppfylt, vil ikke være tilstrekkelig. I tillegg skal det gjøres en helhetsvurdering av om tvungent vern vil være den klart beste løsning for vedkommende. Her skal skjønnsmomenter som går på rimelighet og hensiktsmessighet inngå i vurderingen. Vektlegging av hva som er til pasientens beste, vil være mindre fremtredende i situasjoner hvor tvangsvernet er begrunnet i hensynet til andres liv og helse.

Det presiseres i bestemmelsens siste punktum at helhetsvurderingen må omfatte en vurdering av ”hvor stor belastning det tvungne vernet vil medføre for vedkommende”. I denne sammenheng bør muligheten for å få etablert et frivillig opplegg samt vedkommendes tidligere erfaringer med psykisk helsevern og tvang vektlegges. Rimelighetsbetraktninger vil komme særlig sterkt inn når forverringsalternativet er aktuelt tilleggsvilkår og tvungent psykisk helsevern har vart en stund (Rt. 2001 s. 752).

## **3.6.2 Prosessuelle og personelle vilkår**

### Frivillighet som utgangspunkt og hovedregel

Utgangspunktet og klar hovedregel er at psykisk helsevern skal skje på grunnlag av pasientens samtykke, jf. §§ 3-2 og § 3-3, begge nr. 1 og omtale ovenfor. Frivillighetsvilkåret markerer at bruk av tvang er en subsidiær løsning. Det kreves at det har vært forsøkt å gi et behandlingstilbud på frivillig grunnlag, uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Det siste viser i første rekke til situasjoner hvor vedkommende er helt ute av stand til å gi et gyldig samtykke.

Det er i rettspraksis lagt til grunn at vurderingen av hvorvidt frivillighetsvilkåret er oppfylt, knytter seg til situasjonen på innleggsestidspunktet, jf. Rt. 2001 s. 1481. Ved senere vurdering av om tvangsvernet kan opprettholdes, blir spørsmål om frivillighet en del av helhetsvurderingen i § 3-3 første ledd nr. 6. Det er med andre ord ikke slik at en pasient som er tatt under tvungent psykisk helsevern, har et rettskrav på å bli overført til frivillig vern så snart han eller hun ber om dette.

### Fremsettelse av begjæring om tvungent psykisk helsevern, § 3-5

I motsetning til det som gjaldt tidligere, er det ikke lenger et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern at det er fremsatt en begjæring om dette - en ”tutorbegjæring” - fra offentlig myndighet eller pårørende. I stedet er det innført en generell varslingsplikt for offentlig myndighet overfor helsetjenesten om personer som antas å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, jfr. psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd. ”Offentlig myndighet” er i § 1-3 definert som kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller

kriminalomsorgen. Formålet med bestemmelsen er å presisere at offentlige myndigheter har et ansvar til å bidra slik at alvorlig psykisk syke personer kommer i kontakt med helsetjenesten og blir undersøkt av lege som kan vurdere om det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Offentlige myndigheter skal i henhold til bestemmelsens første ledd 2. punktum *om nødvendig* fremme begjæring om tvungen legeundersøkelse (§3-1 andre ledd), tvungen observasjon (§3-2) eller tvungent psykisk helsevern (§3-3). I forarbeidene fremgår at bakgrunnen for regelen er at man ikke ønsket at fjerningen av tutorordningen som et absolutt krav skulle føre til en svekkelse av offentlige myndigheters ansvar for å sørge for at nødvendig helsehjelp blir gitt. Dette vil typisk kunne skje ved begjæring om, innleggelse eller klage opphør av tvungent psykisk helsevern.

#### Legeundersøkelse, § 3-1 (innleggende lege)

Før tvungent psykisk helsevern etableres, skal det foretas en legeundersøkelse i henhold til § 3-1. Formålet med legeundersøkelsen før etablering er ”å bringe på det rene” om lovens vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt. For at det skal kunne treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern må én slik legeundersøkelse være foretatt av lege som er uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. §§ 3-2 og 3-3, begges første ledd nr. 2. Kravet om undersøkelse av en lege er behovet for en helhetlig vurdering av både den somatiske, sosiale og psykiske tilstanden. Det er derfor ikke tilstrekkelig at en psykolog foretar en slik undersøkelse.

§§ 3-2 og § 3-3, begges første ledd nr. 2 krever at pasienten skal være undersøkt av *to* leger før vedtak om tvangsvern kan fattes. Det skal i tillegg til legeundersøkelsen utenfor etter § 3-1, også foretas en legeundersøkelse på den ansvarlige institusjonen som skal fatte vedtak om eventuelt tvangsvern. Det er et krav at innleggende leges undersøkelse skal være *uavhengig* av den legeundersøkelsen som skal foretas ved institusjonen før eventuelt vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern treffes. Det er fremhevet i forarbeidene til endringsloven hvor bestemmelsen fikk sin nåværende utforming, at kravet om at det skal foreligge to uavhengige legeerklæringer, er ansett som en viktig rettsikkerhetsgaranti. Normalt vil innleggende lege være tilknyttet kommunehelsetjenesten, enten fastlege eller legevakt. Kravet til uavhengighet kan komme på spissen når innleggende lege er tilknyttet spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk eller DPS i samme system som akuttavdelingen.

Innleggende lege skal utarbeide en skriftlig uttalelse i saken. Uttalelsen skal sendes/følge med til institusjonen.

#### Tvungen legeundersøkelse, § 3-1 andre ledd

Utgangspunktet er at legeundersøkelsen skal skje på frivillig grunnlag, basert på personens samtykke. Dersom det ikke er mulig å få dette til, kan det fattes vedtak om at den antatt syke likevel skal undersøkes av lege, dersom den det gjelder unndrar seg undersøkelse og det er grunn til å tro at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede.

Kompetanse til å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse er tillagt kommunelegen. I § 3-1 andre ledd siste setning er det gitt hjemmel for å anvende tvang for å gjennomføre undersøkelsen. I etableringsforskriften (forskrift FOR-2006-12-15-1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern) § 3 første ledd siste setning er det fastsatt at den som har vedtatt tvungen legeundersøkelse, bør la en annen lege foreta selve undersøkelsen.

### Uttalelse fra pasienten og pårørende/offentlig myndighet, § 3-9

”Den person saken direkte gjelder” – altså pasienten – skal gis anledning til å uttale seg før vedtak etter kap 3 fattes. Også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken har rett til å uttale seg. Disse opplysningene skal nedtegnes i journal og ligge til grunn for vedtaket.

Ved avgjørelsen skal det særlig legges vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Pasientens syn skal vektlegges og pålegger den faglig ansvarlige en særskilt forpliktelse til å vurdere de synspunkter på alternative løsninger pasienten eller pårørende måtte ha. Dersom det fremkommer opplysninger om negative erfaringer ved bruk av tvang må dette innebære at det skal mer til for å etablere det på nytt, og et ekstra ansvar for å vurdere alternativer. Faglig ansvarlig er imidlertid ikke bundet av pasientens vurdering, heller ikke der pasienten må anses å ha samtykkekompetanse med hensyn til spørsmålet eller hadde slik kompetanse da han eller hun uttalte seg som dette.

### Ny legeundersøkelse ved institusjonen, §§ 3-2 og 3-3, begges første ledd nr. 2

Som nevnt ovenfor er det et krav at pasienten skal være undersøkt av to leger før vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern fattes. I tillegg til legeundersøkelse utenfor institusjonen i henhold til § 3-1, skal det foretas en ny legeundersøkelse på den ansvarlige institusjonen hvor det skal fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern, se etableringsforskriften § 5 første ledd.

### Personlig undersøkelse av faglig ansvarlig, §§ 3-2 og 3-3, begges andre ledd

Den faglig ansvarlige (psykiater eller klinisk psykolog, jf. § 1-4 med tilhørende forskrift) skal foreta en egen personlig undersøkelse av pasienten. Dersom faglig ansvarlig er lege kan denne foretas i sammenheng med legeundersøkelsen, jf. ovenfor. Dersom den faglige ansvarlige er klinisk psykolog, må det foretas en separat legeundersøkelse ved institusjonen i tillegg til den personlige undersøkelsen som skal foretas av faglig ansvarlig (psykolog).

### Vedtak av faglig ansvarlig, §§ 3-2 og 3-3, begges andre ledd

Den faglig ansvarlige skal fatte vedtak på grunnlag av uttalelse fra innleggende lege, eventuell begjæring fra offentlig myndighet, uttalelse fra pasienten eller andre berørte og opplysninger fra ny legeundersøkelse av pasienten ved institusjonen, og egen personlige undersøkelse. Han skal på denne bakgrunn foreta en vurdering av om alle vilkårene i §§ 3-2 eller 3-3, begges første ledd nr. 1-6, er oppfylt.

Vedtak må treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst i institusjonen, se etableringsforskriften § 5 tredje ledd. Det kan treffes vedtak om enten tvungen observasjon, eller tvungent psykisk helsevern. Det kan treffes vedtak om observasjon når det er overveiende sannsynlig at de materielle vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern er oppfylt, se § 3-2 første ledd nr. 3. Det skal treffes formelt vedtak også der den faglige ansvarlige mener at vilkårene ikke er oppfylt.

### Opprettholdelse og opphør av tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungent vern uten at vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i § 3-3 er tilstede, jf. § 3-7 første ledd. Vurderingen av vilkårene vil da måtte skje ut fra den aktuelle situasjonen.

Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern stadig er tilstede, se lovens § 3-7 andre ledd og etableringsf. § 7 første ledd. Faglig ansvarlig skal sørge for at det gjennomføres en kontrollundersøkelse minst en gang hver 3.mnd, se lovens § 4-9 og etableringsforskriften § 7 andre ledd.

Tvungent psykisk helsevern kan opphøre ved den faglig ansvarliges vedtak, enten etter eget initiativ eller etter begjæring, jf. lovens § 3-7 andre og tredje ledd og etableringsforskriften § 9 første ledd bokstav a og b. Ellers kan tvangsvernet opphøre ved kontrollkomisjonens vedtak etter etterprøving eller klagebehandling, se lovens §§ 3-2, 3-3 og 3-7, alles siste ledd, og § 3-8 første og andre ledd, jf. etableringsforskriften § 9 første ledd bokstav c, eller ved dom som følge av rettslig overprøving av kontrollkomisjonens vedtak, se lovens § 7-1, jf. etableringsforskriften § 9 første ledd bokstav d.

#### Bistandsplikt for offentlig myndighet – bruk av politi

Offentlige myndighets bistandsplikt reguleres i lovens § 3-6. Offentlig myndighet er i § 1-3 definert som kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen. Det kan være aktuelt med bistand fra offentlig myndighet ved tvungen legeundersøkelse, etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, avhenting til behandling ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og tilbakehenting til døgnopphold i institusjon.

I praksis vil det som regel være snakk om bistand fra politiet. Det er et krav i bestemmelsen at bistand fra offentlig myndighet skal være ”nødvendig”. Dette forutsetter at helsetjenesten i hvert enkelt tilfelle må foreta en konkret vurdering av om det er behov for bistand fra offentlig myndighet og hvilken bistand som er nødvendig. I forarbeidene (6) til endringsloven (lov nr. 45, 2006) er det uttalt at kriteriet om at bistanden skal være nødvendig, relaterer seg til den enkeltes myndighets oppgaver. Som eksempel nevnes at det vil være påkrevd med bistand fra politiet dersom det er nødvendig å ty til bruk av fysisk maktutøvelse utenfor institusjon.

Offentlig myndighet kan ved gjennomføringen av bistanden om nødvendig anvende tvang, jf. § 3-6 andre ledd 2. punktum. Det er presisert i forarbeidene at tvangsbruken skal holdes på et nødvendig minimum og utøves i slike former at det ikke er krenkende for den antatt syke. Som et utgangspunkt må bistanden legges opp på en mest mulig skånsom måte i samarbeid med helsetjenesten. Dette gjelder særlig politiets bistand, som kan oppleves ekstra stigmatiserende.

### **3.7. Hva kan tvangsvernet omfatte?**

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte to alternative hovedformer for tvangsvern: døgnopphold i godkjent institusjon eller uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon. Dette reguleres i § 3-5.

Tvungent døgnopphold innebærer at pasienten kan holdes tilbake i institusjon, og kan hentes tilbake, mot sin vilje (frihetsberøvelse).

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan finne sted både etter et institusjonsopphold eller uten forutgående innleggelse i institusjon. Tanken bak denne formen for tvangsvern var at pasienten på denne måten får anledning til å bo hjemme, og samtidig motta undersøkelse og behandling i nærheten av bostedet. Det er ikke stilt nærmere

krav til hvor pasienten kan oppholde seg, men det forutsettes at pasienten har en egnet bo-situasjon. Det sentrale vilkåret i bestemmelsen er at tvang uten døgnopphold etter en grundig helhetsvurdering er ”et bedre alternativ” for pasienten enn innleggelse i døgninstitusjon.

Denne tvangsformen kan kun omfatte ”pålegg overfor pasienten om fremmøte” til undersøkelse eller behandling ved en poliklinikk, distriktpspsykiatrisk senter eller annen godkjent institusjon. Pasienten kan om nødvendig pasienten hentes fra vedkommende oppholder seg, og om nødvendig kan henting gjennomføres med tvang.

### **3.8. Tvang under gjennomføring av psykisk helsevern**

Psykisk helsevernloven kapittel 4 har bestemmelser om tvangstiltak som kan iverksettes under gjennomføringen av psykisk helsevern.

En oversikt:

- Husordensregler, § 4-2
- Skjerming, § 4-3
- Behandling uten eget samtykke, § 4-4
- Forbindelse med omverdenen, § 4-5
- Ransaking, § 4-6
- Beslag, § 4-7
- Urinprøve, § 4-7a
- Tvangsmidler, § 4-8
- Overføring, § 4-10

De fleste av disse tvangsformene kan benyttes både ovenfor frivillig innlagte pasienter og pasienter under tvungent psykisk helsevern. Behandling uten eget samtykke etter § 4-4 og innskrenkninger i forbindelsen med omverdenen etter § 4-5 andre ledd kan imidlertid bare benyttes ovenfor pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Med unntak av § 4-4 om tvangsbehandling er tiltakene bare aktuelle i forbindelse innleggelse i institusjon. Vedtak om tvangsbehandling kan imidlertid også benyttes ovenfor pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette er praktisk i forhold til pasienter som fungerer bra og bor hjemme, men som ikke er enig i behov for fortsatt medisiner. I disse situasjonene benyttes som regel forverringsalternativet i behandlingsvilkåret som begrunnelse for tvungent psykisk helsevern, samtidig som det er fattet vedtak om tvangsbehandling med legemidler for å sikre det man legger til grunn er nødvendig fortsatt medisiner.

Tvangsmidler er tiltak som kan benyttes for å avverge skade, og kan ikke benyttes i behandlingsøyemed. Tvangsmidlene omfatter; mekaniske tvangsmidler (bl.a. belter og reimer), isolering (kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede), korttidsvirkende legemidler (enkeltstående bruk i beroligende eller bedøvende hensikt) og kortvarig fastholding.

Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i behandlingen av pasienten. Vilkår for tiltaket er at pasientens psykiske tilstand eller utagerende adferd gjør skjerming nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter.

### **3.9. Særlig om tvangsbehandling med legemidler. Vilkår.**

Behandling uten eget samtykke for psykisk lidelse av pasienter under tvungent psykisk helsevern er regulert i § 4-4 med tilhørende forskrift. Bestemmelsen regulerer også tvangsmedisinerer.

Utgangspunktet er at pasienter under tvungent psykisk helsevern kan undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis, jf. § 4-4 første ledd. Behandling som innebærer et alvorlig inngrep er som utgangspunkt forbudt, men det er gjort unntak for legemidler og tvangsmessig ernæring av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, jf. § 4-4 andre ledd.

Som hovedregel kan tvang bare benyttes etter at frivillighet er forsøkt. Dersom det ikke er åpenbart umulig skal det også vurderes om det kan tilbys andre alternative frivillige tiltak, jf. § 4-4 tredje ledd.

Tvangsmessige behandlingstiltak kan bare tas i bruk etter at det er foretatt en tilstrekkelig undersøkelse for å vurdere behovet, og at lovens krav til forventet behandlingseffekt (helbredelse/vesentlig bedring eller unngå vesentlig forverring) er oppfylt, jf. § 4-4 fjerde ledd.

For tvangsmessig behandling med legemidler er det i tillegg oppstilt særlige vilkår, både i lov og forskrift. Preparatet må være registrert i Norge og bare brukes i vanlig brukte doser, og de forventede gunstige virkningene av behandlingen må "klart oppveie" ulempene ved eventuelle bivirkninger av preparatet som benyttes, jf. § 4-4 andre ledd bokstav a.

I tvangsbehandlingsforskriften (FOR-2000-11-24-1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke) er det stilt krav til undersøkelsen før det treffes vedtak om tvangsmedisinerer. Denne skal ikke være kortere enn tre døgn, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen (§ 5 første ledd andre punktum). Det er stilt krav om at pasienten skal undersøkes personlig av den faglig ansvarlige for vedtaket i løpet av de siste 48 timer (§ 5 andre ledd). Undersøkelsen skal skje ved observasjon i institusjon, med mindre ansvarlig institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon, og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller lignende medikasjon eller virkningen av denne (§ 5 siste ledd). Det understrekes at institusjonen gjennom hele undersøkelsesperioden skal søke å få pasientens tillit, slik at behandlingen om mulig kan baseres på samtykke (§ 5 andre ledd).

Vedtaket om tvangsmedisinerer fattes av faglig ansvarlig, som i disse tilfellene ikke kan være klinisk psykolog, se forskrift FOR-2000-12-01-1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet § 3 tredje ledd. Vedtaket kan ha en maksimal varighet på 3 måneder (tvangsbehandlingsforskriften § 6 tredje ledd andre punktum). Behandlingen kan ikke iverksettes før tidligst 48 timer etter at pasienten fikk underretning om vedtaket, med mindre faglig ansvarlig finner at behandling ikke kan utsettes pga tungtveiende behandlingmessige grunner. I slike tilfeller kan behandling iverksettes umiddelbart (§ 6 femte ledd). Dersom pasienten klager innen 48 timer, kan ikke vedtaket iverksettes før fylkesmannen har avgjort klagen. Fra dette er det gjort et unntak dersom pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade, se § 11 siste ledd.

Fylkesmannen er klageinstans for klager på vedtak etter § 4-4, se tvangsbehandlingsforskriften § 11 første punktum. Klagen skal avgjøres uten ugrunnet opphold, se § 12 andre ledd første punktum. Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig i henhold til psykisk helsevernloven § 1-7 første ledd, men har ikke en ubetinget rett til fri rettshjelp, se bestemmelsens tredje ledd.

I tvangsbehandlingsforskriften § 8 er det gitt nærmere regler om gjennomføringen av tvangsmedisinering. Her gjentas (første ledd) kravene i lovens § 4-4 andre ledd bokstav a om at legemiddelbehandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis, behandling bare skal gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser, og at det bare kan brukes legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Det fastsettes videre (andre ledd) at behandling ved injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddel gjennom munnen, og at depotinjeksjon ikke skal benyttes ved behandling av akutte sinnslidelser.

Det er videre fastsatt (i tredje ledd) at behandling med legemidler ikke kan skje mot pasientens vitende, for eks. ved tilsetning i mat eller drikke, med mindre pasienten på grunn av langt fremskreden sløvhet ikke er i stand til å forstå omstendighetene knyttet til bruken av legemidler.

I tilfeller hvor pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, åpnes det (i siste ledd) for at den praktiske gjennomføring av behandling med legemidler kan overlates til helsepersonell utenfor psykisk helsevern. Det oppstilles tre vilkår for en slik ordning. For det første må det foreligge faglig forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjon. For det andre må pasienten selv ønske det. For det tredje må det inngås en avtale mellom ansvarlig institusjon og den helsetjenesten som sørger for den praktiske gjennomføringen.

Tvangsbehandling kan *ikke* gjennomføres i pasientens hjem eller andre steder pasienten oppholder seg, dersom vedkommende ikke samtykker til det, se forskrift FOR-2000-11-24-1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgn § 2 første ledd siste punktum.

### **3.10. Kontroll og etterprøving. Rettsikkerhet.**

Helt siden loven av 1848 har det vært egne kontrollkommisjoner innen psykisk helsevern som skal ivareta pasientens rettsikkerhet, og være uavhengige av ansvarlig institusjon.

Deres oppgaver er:

- etterprøving av vedtak uavhengig av klage, § 3-10 (dokumentkontroll av alle nye vedtak, vurdere behovet etter tre mnd, samtykke til forlengelse utover et år)
- behandle klager på vedtak om etablering av eller avslag på krav om utskrivning fra tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (§§ 3-2, 3-3 og 3-7, alles siste ledd), eller om skjerming (§ 4-3 tredje ledd), begrensninger i kontakten med omverdenen (§ 4-5 femte ledd), undersøkelse av rom eller eiendeler, kroppsvisitasjon (§ 4-6 tredje ledd), beslag av eiendeler (§ 4-7 andre ledd), vedtak om tvangsmessig urinprøve (§ 4-7a andre ledd), bruk av tvangsmidler (§ 4-8 femte ledd), eller om overføring av pasient til opphold eller andre tiltak (§ 4-10 andre ledd).



- generell velferdskontroll, besøke institusjonen både anmeldt og uanmeldt (lovens § 6-1 andre ledd, forskrift FOR-2000-12-21-1408 om kontrollkomisjonens virksomhet § 4-1 første ledd).

Kontrollkomisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungen psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3 og 3-7, kan av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende bringes inn for retten etter særlige regler om overprøving av administrative tvangsvedtak i tvisteloven kapittel 36 (lov 2005-06-17-90). Det samme gjelder kontrollkomisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. §§ 4-10 og 5-4. Klage over behandling uten eget samtykke er derimot ikke underlagt denne type domstolsprøving, noe som betyr at domstolskontroll med slike vedtak er ganske upraktisk.

## 4. Omfang av tvang innen psykisk helsevern

### 4.1. Frivillighet og tvang ved innleggelse

I internasjonal litteratur er det vanlig å bruke to mål på omfanget av tvangsinnleggelse; raten, dvs. hvor stor andel av befolkningen som tvangsinnlegges, og andelen, dvs. hvor stor andel av innleggelsene som skjer som tvangsinnleggelse. Andelen tvangsinnleggelse ved enkeltinstitusjoner er følsomt for forskjeller i tjenestetilbudet både når det gjelder organisering og omfang. En høy andel tvangsinnleggelse ved en enkelt institusjon eller et sykehus kan for eksempel være et resultat av at det er høye terskler til behandlingsapparatet eller være et resultat av arbeidsfordelingen mellom sykehus og DPS. Ser man på antall tvangsinnleggelse i forhold til befolkningens mengde for det samme området, vil den derfor kunne være tilsvarende lav.

Rapporteringen av data fra psykisk helsevern til Norsk Pasientregister er til dels svært mangelfull, også når det gjelder innleggelsesformalitet. Analyser i SAMDATA Sektorrapport 2/08 av omfanget av tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern er derfor basert på opplysninger om døgnopphold (ekskl. institusjonsoverføringer) ved *utvalgte* døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Institusjoner som ikke har levert tilstrekkelig komplette data inngår ikke i analysene<sup>7</sup>.

Med de forbehold som følger av dette var 39 pst av innleggelsene ved psykiatriske sykehusavdelinger godkjent for tvungen psykisk helsevern i 2007, *henvist* under tvang (ekskl. institusjonsoverføringer). Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse var samme andel om lag åtte pst. Etter at tvangshenvisningen var vurdert av spesialist ved institusjonen, ble andelen tvangsinnleggelse ved psykiatriske sykehusavdelinger redusert til 28 pst samlet sett, hvorav 12 pst var vedtak om tvungen psykisk helsevern og 16 pst vedtak om tvungen observasjon. Ved DPS og andre institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse ble det gjort vedtak om tvungen psykisk helsevern for fem pst av innleggelsene og om tvungen observasjon for to pst av innleggelsene, dvs. syv pst totalt. Ved alle institusjoner godkjent for bruk av tvang ble det samlet sett fattet vedtak om tvungen psykisk helsevern for om lag elleve pst av innleggelsene, og om tvungen observasjon for om lag 13 pst av innleggelsene ved institusjoner i 2007, dvs 24 pst av innleggelsene pst totalt (8).

I 2006 ble dermed hver fjerde henvisning til tvang omgjort til frivillig av spesialist ved institusjonen (8).

<sup>7</sup> Utvalgene som benyttes i analyser for 2007 dekker ca 80 prosent av oppholdsdøgnene ved institusjoner godkjent for tvungen psykisk helsevern.

Når alle innleggelses i psykisk helsevern sees samlet, dvs. også innleggelses ved institusjoner som *ikke* er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, anslår Sintef Helse andelen tvangsinnleggelses i institusjon til å ligge på mellom 16 og 19 pst. (9). De fleste innleggelsene i psykisk helsevern er dermed formelt frivillige innleggelses.

Behandlingskriteriet alene ble benyttet som begrunnelse - tilleggskriterium - for tvungent psykisk helsevern ved 78 pst av innleggelsene i 2007. Farekriteriet og behandlingskriteriet ble benyttet sammen for 19 pst av innleggelsene, mens farekriteriet alene ble benyttet for tre pst av innleggelsene (8).

Sintef Helse anslår at det ble foretatt mellom 6172 og 7283 innleggelses til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2007. Manglende og mangelfull rapportering til Norsk pasientregister fra institusjonene over tid, gjør det imidlertid vanskelig å fastslå utviklingen i andelen tvangsinnleggelses ift. frivillige innleggelses. Avhengig av beregningsmåte finner Sintef Helse at andelen tvangsinnleggelses i perioden 2001-2006 har vært uendret eller redusert med fem prosentpoeng. Antall innleggelses etter spesialistvedtaket ved institusjoner godkjent for bruk av tvang økte med 27 pst i perioden (9). Samtidig er antakelig varigheten av oppholdene redusert (10).

Data fra Norsk Pasientregister (NPR) viser at det gjennomsnittlig ble gjennomført 19 innleggelses til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere over 18 år i Norge i 2007. I 2001 var tilsvarende tall om lag 17 per 10 000 voksne innbyggere, men usikkerheten i dette estimatet er større. Mangelfulle data gjør at man ikke kan konkludere i forhold til om dette er en reell endring. For 2007 viser raten en variasjon fra 6 tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere i Førde sykehusområde til 27 tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere i Østfold og Sørlandet sykehusområder. Det kan være mange årsaker til disse forskjellene (8).

Bruken av tvang ved innleggelse er knyttet til de alvorlige psykiske lidelsene. Pasienttellingen fra 2007 viser at av de tvangsinnlagte pasientene hadde 81 pst en alvorlig psykisk lidelse i form av schizofreni, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander, mot 38 pst av de frivillig innlagte pasientene. Tall fra SAMDATA bekrefter dette bildet med utgangspunkt i årsdata: I 2006 var 64 pst av vedtakene om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern knyttet til schizofreniforme lidelser og 21 pst til affektive lidelser (11).

Pasienttellingen viser at de tvangsinnlagte pasientene skiller seg fra de frivillig innlagte pasientene på flere punkter: flere har en schizofrenilidelse, flertallet er menn, færre har høyere utdanning, flere har uføretrygd som hovedinntektskilde, færre er gift eller samboende og flere mangler egen bolig (12).

#### **4.2. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold**

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte to alternative hovedformer for tvangsvern (§ 3-5): døgnopphold i godkjent institusjon eller uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon. Se kapittel 3.7 for nærmere beskrivelse.

Rapporteringen fra psykisk helsevern over bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er per i dag svært mangelfull. Sintef Helse har fulgt utviklingen gjennom evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse i regi av Norges Forskningsråd. I sluttrapporten fra 2008 estimerer Sintef Helse antall utskrivninger fra institusjon til tvungent psykisk helsevern uten døgn til om lag 2600 i 2007. Tilsvarende estimat for 2002 var om lag

1700 utskrivninger. De estimerte verdiene viser dermed en økning på mer en 50 pst fra 2002 til 2007 (13). Det knytter seg stor usikkerhet til disse tallene.

Om lag syv pst av utskrivningene fra institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern var til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. For de foretakene med antatt god registrering varierer andelen slike utskrivninger fra to pst ved Blefjell Sykehus HF til 13 pst ved UNN HF.

Ti prosent av døgnoppholdene med vedtak om tvungen observasjon, og overført til § 3-3 før eller ved utskrivelsen, skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgn, mot 54 pst av døgnoppholdene med vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det vil si at 54 pst av de som legges inn med vedtak om tvungent psykisk helsevern skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgn.

Pasienter som underlegges tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har noen særlige kjennetegn, sammenliknet med frivillige polikliniske pasienter og pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold: Det er en høyere andel menn, pasientene er gjennomgående mer "middelaldrende" enn øvrige pasientgrupper med et tyngdepunkt i aldersgruppen 30-50 år, og pasientene har i hovedsak diagnosene schizofreni og paranoide lidelser (81 pst) (14).

### **4.3. Tvangsmidler**

Tvangsmidler er tiltak som kan benyttes for avverge skade og kan ikke benyttes i behandlingsøyemed. Tvangsmidlene omfatter mekaniske tvangsmidler (bla belter o reimer), isolering (kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede) korttidsvirkende legemidler (enkeltstående bruk i bedøvende eller beroligende hensikt) og kortvarig fastholding. Det vises til kapittel 3.8.

Fra 2001 til 2007 har det vært en betydelig økning i bruken av mekaniske tvangsmidler, målt både ved antall ganger (+23 pst), antall timer (+26 pst) og antall pasienter (+20 pst). Fra 2005 til 2007 var det imidlertid en nedgang i antall ganger (-20 pst), antall timer (-15 pst) og antall pasienter (-14 pst). I 2007 ble det fattet vedtak om mekaniske tvangsmidler for 967 pasienter, mot 807 i 2001. En stor andel av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler er dermed knyttet til et fåtall pasienter. Dette kan påvirke tallene for enkeltinstitusjoner. Noen sykehus ser likevel ut til å benytte dette tvangsmiddelet mer enn andre (15).

Fra 2001 til 2007 har det vært en reduksjon på 15 pst i bruken av korttidsvirkende legemidler, målt i antall ganger. Antall pasienter dette har blitt benyttet overfor har økt med 24 pst i samme periode. Fra 2005 til 2007 har det vært en nedgang både i antall ganger (-16 pst) og i antall pasienter (-10 pst). Det ble fattet vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler for 736 pasienter i 2007 mot 593 pasienter i 2001. Korttidsvirkende legemidler benyttes mange ganger overfor noen få pasienter. Median verdi har vært stabil på 1, dvs at de fleste utsettes for dette en gang.

Korttidsvirkende legemidler benyttes hyppigst i akuttavdelingene målt både i antall ganger (72 pst) og antall pasienter (80 pst). Raten er også høyest ved akuttavdelingene (antall ganger/pasienter per 365 oppholdsdøgn) (15).

Bruken av isolering er kraftig redusert fra 2001 til 2007 målt ved antall ganger (-79 pst), og antall timer (-76 pst). Antall pasienter det ble benyttet isolering overfor har økt i samme periode fra 33 pasienter i 2001 til 68 i 2007. Omfanget er dermed beskjedent selv om den

prosentvise økningen er stor. Isolering ble benyttet ved 13 sykehus og to DPS i 2007. Dette er en økning i antall institusjoner fra 2005. Det er akuttavdelingene som står for det meste av bruken målt både ved antall ganger, timer og pasienter.

Regulering av holding er nytt og ble innført i forbindelse med lovrevisjonen som trådte i kraft 01.01.2007. 22 sykehus og åtte andre institusjoner rapporterte om bruk av holding i 2007. Holding ble benyttet til sammen 999 ganger fordelt på 272 pasienter. Både i absolutte tall og rater står akuttavdelingene for størsteparten av bruken målt både ved antall ganger, timer og pasienter.

Målt både ved antall ganger og timer er det store variasjoner mellom sykehusene. Ettersom regulering av holding er så nytt, kan man imidlertid ikke utelukke at noe av variasjonen skyldes forskjeller i registreringspraksis ved at noen i større grad enn andre registrerer (15).

Den samlede bruken av tvangsmidler, holding og skjerming i 2007 knyttet seg i 2007 til 2121 pasienter mot 1525 pasienter i 2001, dvs en økning på 39 pst. Beregninger foretatt av Sintef Helse i 2007 anslo at 109 000 pasienter mottok behandling i det psykiske helsevernet for voksne i 2005, hvorav 27 275 var døgnpasienter (16).

#### **4.4. Behandling med legemidler uten eget samtykke (tvangsbehandling)**

Behandling uten eget samtykke for psykisk lidelse av pasienter under tvungent psykisk helsevern er regulert i § 4-4 med tilhørende forskrift. Det vises til kapittel 3.9 for nærmere omtale.

Det er per i dag ikke publisert data som viser hvor mange tvangsbehandlingsvedtak som fattes i det psykiske helsevernet løpet av et år. Institusjonene er pålagt å rapportere årlige data både til Norsk pasientregister og SSB.

Tall fra pasienttellingen i døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet viser at 29 pst av de tvangsinnlagte pasientene hadde vært utsatt for tvangsbehandling de siste tre månedene. Tellingen viser at kun litt over halvparten av pasientene med vedtak om tvang ønsket den medikamentelle behandlingen de mottok (12).

Pasienten kan påklage vedtak om tvangsbehandling til fylkesmannen. Tall fra Statens Helsetilsyn viser at det ble behandlet 740 slike klager i landet som helhet i 2007, hvorav 665 ikke fikk medhold.

#### **4.5. Skjerming**

Skjerming innebærer at pasienten helt eller delvis holdes atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i behandlingen av pasienten. Vilkår for tiltaket er at pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør skjerming nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, jfr kapittel 3.8.

Bruken av skjerming har økt kraftig i løpet av perioden 2001-2007 målt både i antall ganger (+202 pst) og antall pasienter (+171 pst). I perioden 2005-2007 ser imidlertid bruken ut til å ha flatet ut ved at den prosentvise veksten disse to årene er markert lavere enn for periodene 2001-2003 og 2003-2005.

Akuttavdelingene står for det meste av skjermingen målt både ved antall ganger og antall pasienter, fulgt av korttids- og intermedieravdelingene. Sett i forhold til driftsomfang er bruken størst ved akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger.

## 5. Erfaringer fra andre land

Det er et spørsmål om og i hvilken grad forskjeller i lovverk påvirker omfanget av tvangsinnleggelse av personer med psykiske lidelser. I en slik sammenheng kan det være nyttig å se på erfaringene fra andre land. Det er imidlertid knyttet betydelige utfordringer til det å skulle foreta valide og reliable sammenlikninger mellom land på grunn av forskjeller i lovverk og praksis, forskjeller i hva som registreres og hvordan, samt forskjeller i hvordan behandlingstilbudet er organisert og dimensjonert.

Gjennom den såkalte EUNOMIA-studien i regi av EU er det gjort et forsøk på en slik sammenstilling. Av de 15 landene som inngikk i EUNOMIA-studien hadde seks farekriteriet alene, tre behandlingstvilkåret alene og seks land begge. Gjennom denne studien har man ikke kunnet påvise noen signifikant sammenheng mellom andelen tvangsinnleggelse eller befolkningsrater og tilleggskriteriene (17).

I USA har det vært en trend i retning av å erstatte behandlingstvilkåret med en obligatorisk bruk av farekriteriet. Dette har vært sett på som en måte å redusere omfanget av tvangsinnleggelse på, men heller ikke her har man funnet en slik sammenheng (18). I en studie fra Australia konkluderes det imidlertid med at der man bare har et farevilkår øker tiden for ubehandlede psykoser (19).

I de landene som har revidert regelverket for bruk av tvang i psykiske helsevern, har det som regel vært en målsetting å redusere tvangen. I noen land har dette gjenspeilt seg i lovgivningen ved at behandlingstvilkåret er fjernet. I andre land, for eksempel Italia og Sverige, gjorde man det motsatte og beholdt bare behandlingstvilkåret. Resultatene av slike lovendringer er ikke entydige. I enkelte land eller delstater har man sett en paradoksal økning av tvungent psykisk helsevern etter at behandlingstvilkåret ble fjernet, mens i Sverige og Italia har tvungent psykisk helsevern gått vesentlig ned (20-22).

I Østerrike og Nederland ble psykiatrilovgivningen endret på nittitallet med blant annet en sterkere vektlegging av brukernes rettigheter og representasjon i rettsprosedyrer. Paradoksalt nok økte innleggelsesratene i begge land etter innføringen av det nye lovverket. I Nederland er imidlertid farekriteriet utformet på en slik måte at det i stor grad også inneholder mye av et behandlingstvilkåret. I Tyskland kan en pasient tvangsinnlegges etter Vergemålsloven (Guardianship Law) bare hvis vedkommende ikke er i stand til å gi et informert samtykke. Dette kan ha bidratt til at Tyskland har lavere innleggelsesrater enn bl.a Østerrike (23).

Både i Sverige og Italia ble også prosedyrene for etablering av tvungent psykisk helsevern endret samtidig med tilleggstvilkårene. Prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern kan ha en større betydning for omfanget av tvang enn de materielle vilkårene, men dette er ikke empirisk dokumentert. I en studie konkluderes det med at innleggelsespraksis synes å være mer styrt av helseprofesjonenes overbevisninger og verdier enn av krav i lovverket (23). Dette er i samsvar med noen empiriske funn som tyder på at de samme pasientgruppene vil bli innlagt i det psykiske helsevernet uavhengig av hvordan lovverket er utformet (24).

Samlet sett synes dette å gi støtte til konklusjonen i sluttrapporten fra EUNOMIA-studien hvor det pekes på at: *”Any assumption of unidirectional influences of legal regulations upon practice must probably be rejected. Besides legal regulations there are far more factors that determine actual practice or outcome. Different cultural or legal traditions, general attitudes towards mentally ill people, and the structure and quality of mental health care systems or administrative procedures must be considered along with other factors when analysing or comparing the outcome from the legal frameworks of the Member States”* (25).

## **6. Menneskerettigheter ved bruk av tvang**

### **6.1. Innledning**

Menneskerettslige argumenter har stått sentralt i diskusjonen om behandlingvilkåret. Professor dr. juris Aslak Syse, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo fikk derfor i oppdrag av Helsedirektoratet å utrede de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Utredningen ble innlevert i januar 2009, og er i sin helhet inntatt som vedlegg 2 til rapporten.

Utredningen omfatter en vurdering av menneskerettslige aspekter ved tvangsinnleggelse i seg selv, men med en hovedvekt på de ulike grunnlagene for bruk av tvang (behandling og fare), og mulighetene for tvangsmedisinering, både i og utenfor institusjon. I tillegg omtales den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og hvilke forpliktelser som kan trekkes ut av denne.

I det følgende gjengis kun hovedpunkter knyttet til noen menneskerettighetsdokumenter, og oppsummerende vurderinger, fra utredningen. Dette utdraget vil ikke gi et fullt ut dekkende bilde av de drøftelser som ligger til grunn for vurderingene. Det henvises til utredningen i sin helhet for en fullstendig gjennomgang, og for aktuelle referanser.

### **6.2. Oversikt over ulike menneskerettigheter**

Menneskerettigheter er folkerettsregler som bl.a. regulerer individers rettigheter og staters plikter, og er overordnede prinsipper og regler til nasjonal lovgivning. Menneskerettighetsdokumenter kan rettslig sett grovsorteres i to typer instrumenter.

For det første er det vedtatt konvensjoner som gjennom ratifikasjon er gjort folkerettslig bindende for Norge. Enkelte av disse er gjort direkte virkende i norsk rett med forrang foran annen norsk lov, se menneskerettsloven (lov nr. 30/1999) § 3, jf. § 2. Av disse er det Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), med tilhørende rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg (EMD), som i praksis har fått størst gjennomslagskraft. I utredningen omtales også FN-konvensjonen for sivile og politiske rettigheter (SP), Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen) herunder arbeid med en tilleggsprotokoll til konvensjonen, FN-konvensjonen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FN konvensjonen om barns rettigheter, Den europeiske sosialpakt (ESP) og FN konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. EMK og Oviedo-konvensjonen omtales nedenfor i henholdsvis pkt. 6.3 og 6.4, og den nye FN konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter omtales i pkt. 6.6.

For det andre finnes resolusjoner, anbefalinger og rekommandasjoner som er vedtatt av ulike internasjonale sammenslutninger, men som ikke er rettslig bindende på samme måte. Tidvis

er slike instrumenter tillagt betydning ved utformingen av de norske reglene om psykisk helsevern fordi de tilsikter styrking av rettsstillingen til personer med psykiske lidelser. I utredningen omtales Europarådets rekommandasjoner, FNs prinsipper for beskyttelse av sinnslidende pasienter og WHO's hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern. Vurderinger knyttet til Europarådets rekommandasjon nr. 10, 2004 omtales i pkt.6.5.

### **6.3. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK)**

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), som i hovedsak beskytter sivile og politiske rettigheter og grunnleggende friheter, står sentralt i det regionale vernet av menneskerettighetene. Konvensjonen inneholder blant annet bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettferdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Alle ratifiserende stater har godkjent individuell klageadgang til Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD).

Art. 3 forbyr umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette er en terskelbestemmelse, dvs. at den ikke åpner for "rettmessige inngrep" om terskelen er overskredet. Overfor psykiatriske pasienter er EMD tilbakeholden med å konstatere umenneskelig eller nedverdiggende behandling når handlingen framstår som medisinsk eller psykiatrifaglig begrunnet.

Art. 5 fastslår at alle har rett til personlig sikkerhet og frihet, men åpner for at statene kan gi lovregler som hjemler frihetsberøvelse på visse vilkår. Slik frihetsberøvelse kan bare skje etter en lovlig beslutning av kompetent myndighet basert på den nasjonale lovgivning, og det kreves mulighet for rettlig overprøving. Bestemmelsen åpner bl.a. for frihetsberøvelse av sinnslidende ("persons of unsound mind"). EMD har avgjort mange saker om psykiatriske pasienters stilling i forhold til denne artikkelen. Det oppstilles etter EMDs praksis ingen nærmere krav til hvilke lovoppstilte tilleggsvilkår som kan godtas - være rettmessige - i forhold til art. 5 (1). Det er ikke mulig å utlede at EMK art. 5 (1) gir anvisning på oppstilling av bestemte typer tilleggskriterier så lenge disse er rimelige klare (legalitetsprinsippet), proporsjonale og ivaretar legitime formål. Begge de to norske tilleggsvilkårene har dette til felles, og de er i tillegg supplert med en rekke andre vilkår. Det synes klart at den norske lovgivningen ligger innenfor den skjønnsmargin som statene har til å fastsette regler i henhold til lovlig frihetsberøvelse av sinnslidende personer i medhold av art. 5 (1).

Art. 8 fastslår at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Kjernen i vernet av privatlivet er den fysiske integriteten, og dette gjelder for alle personer, også personer som er innlagt i psykiatrisk sykehus. Det oppstilles i andre ledd vilkår for når statene kan gjøre unntak fra dette hovedprinsippet og gjøre inngrep i borgernes privatliv og familieliv. Det oppstilles tre vilkår hvorav to regelmessig er oppfylt. Dette gjelder lovskravet, dvs. at inngrep bare kan skje når dette er "i samsvar med loven", dvs. nasjonal lov, og da for å "beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter". Disse vilkårene vil regelmessig være oppfylt ved bruk av tvangsmidler etter phvl. § 4-8 og også ved tvangsbehandling med hjemmel i phvl. § 4-4. EMDs praksis knyttet til bestemmelsen er omtalt i utredningen s. 20 flg.

Oppsummeringsmessig om EMK som skranke ved tvangspsykiatriske inngrep, vurderer Syse det slik at statene, foreløpig, har en ganske fri skjønnsmargin på psykiatrifeltet. EMD fremstår mer klar til å etterprøve prosessuelle forhold i disse sakene, enn å foreta en reell etterprøving

av brudd på materielle skranker for statlige inngrep, herunder tilbakeholdenhet ved prøving av det medisinskfaglige skjønn.

Det vurderes at den norske lovgivningen vedrørende tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering synes å være innenfor kravene etter EMK. Det er derfor liten grunn til å tro at EMD vil konstantere brudd mot de aktuelle artiklene i EMK dersom vilkårene for tvangsinngrepene er oppfylt og det kan dokumenteres at det er utvist et forsvarlig faglig skjønn.

I to av fire saker som er ført for Høyesterett etter psykisk helsevernloven etter at loven trådte i kraft i 2001, ble det påstått brudd på bestemmelser i EMK ved etableringen av tvangsvernet, og retten kom til at så var tilfellet. Men ikke i noen av sakene ble pasienten gitt medhold i sitt krav om utskrivning.

#### **6.4. Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen)**

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (1997) samler de fleste grunnleggende prinsipper om pasientbehandling og om forskning på mennesker. Konvensjonen trådte i kraft i 1999, og Norge ratifiserte konvensjonen i 2006.

Som et hovedprinsipp fastslås i art. 2 blant annet at hensynet til pasientene skal gå foran hensynet til rene samfunns- og forskningsinteresser. I art. 5 oppstilles et generelt krav om informert samtykke i samband med medisinsk behandling og forskning. I denne sammenheng er særlig formuleringene i art. 6 og 7 av interesse, idet disse omhandler en særlig beskyttelse av personer som mangler personlige forutsetninger for å forplikte seg gjennom samtykke, for eksempel på grunn av manglende evne til forståelse («reduced capacity of understanding»).

Art. 7 i konvensjonen beskytter sinnslidende personer, dvs. «persons who have a mental disorder». Behandling uten eget samtykke kan bare skje overfor en person med *alvorlig* sinnslidelse, og da på nærmere angitte vilkår. Behandling uten eget samtykke kan bare gis dersom unnlattelse av å gjennomføre behandlingen av sinnslidelsen vil kunne føre til alvorlig helseskade, i originalteksten: «only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health». Det kreves lovhjemmel for slike inngrep, og den nasjonale lovgivningen skal også sikre at det foreligger kontrollorganer og muligheter for å påklage tvangsvedtak.

Art. 7 stiller videre krav om at det må tilbys behandling av den psykisk syke; det åpnes ikke for frihetsberøvelse som bare har karakter av oppbevaring. Dette var bakgrunnen for at det selvstendige vilkåret om at en pasient kunne tilbakeholdes dersom han ellers ville lide overlast (ved utskrivning), ble opphevd i den nye norske psykisk helsevernloven av 1999. Dette kunne åpne for opphold uten behandlingmessige konsekvenser. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) vurderes behandlingstvilkåret (psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a) å være i samsvar med de krav som stilles i konvensjonen på dette punkt. Enten vedkommende mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller opplever at tilstanden blir vesentlig forverret, vil det kunne anses som en alvorlig skade på hans eller hennes helse.

Syse mener på denne bakgrunn at det ikke er mulig å trekke slutninger om at gjeldende norsk lovgivning vedrørende frihetsberøvelse og tvangsmedisinering er i strid med rettigheter og friheter som er nedfelt i Oviedo-konvensjonen. Dette ble også lagt til grunn da denne ble



ratifisert. Det ble da ikke funnet å måtte foretas lovendringer i psykisk helsevernloven, mens det for eksempel ble vedtatt endringer i abortloven og steriliseringsloven.

Etter art. 9 skal det for øvrig tas tilstrekkelig hensyn til («should be taken into account») når en pasient i en god fase, dvs. med samtykkekompetanse, har gitt uttrykk for hvordan han eller hun mener at sykdommen bør behandles dersom sykdommen på nytt forverrer seg. Det ble framsatt forslag i tråd med slike synspunkter da psykisk helsevernloven ble behandlet av Stortinget, men forslag om å legge vekt på «advanced directives» ble nedstemt vedrørende spørsmålet om tvangsmedisineringstiltak.

### Europarådets arbeid for en egen protokoll til Oviedo-konvensjonen om bruk av tvang i psykiatrien

Det fremgår av utredningen at det i Europarådets Steering Committee on Bioethics (CDBI) på det 35. komitémøtet i Strasbourg, 2.-5. desember 2008, ble behandlet et utkast til nytt folkerettslig instrument, med foreløpig tittel *Fundamental principles governing involuntary placement and treatment of persons with mental disorder which could be included in an additional Protocol to the Oviedo Convention*. Hensikten med dette dokumentet er å utvikle og klargjøre inngrepskriteriene som framgår av EMK art. 5 (1) bokstav e), samt Oviedo-konvensjonen art. 7.

De ulike prinsippene er delt inn i fem ulike grupper. Den første gruppen gjelder generelle og overordnede prinsipper som skal styre tvangsvern og tvangsbehandling av personer med en alvorlig sinnslidelse. Den andre gruppen utgjøres av prinsipper som skal styre prosessen som kan føre til tvangsvern og tvangsbehandling overfor psykiatriske pasienter. Den tredje gruppen skal sikre rettigheter for pasienter som underlegges tvangsvern og tvangsbehandling. Prinsippene i gruppe fire regulerer bruk av ulike tvangsmidler og begrensning av behandlingstiltak med "irreversible fysiske effekter" for pasienten. Medikamentell behandling synes ikke å være omfattet av dette uttrykket, og det er derfor ikke noe forbud mot bruk av medikamenter så lenge det er en behandling som er basert på faglige og etiske overveielser, og enten tas frivillig av pasienten, eller er bestemt av kompetent organ. Den femte gruppen av prinsipper gjelder for øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Det er foreløpig ukjent hvorvidt Steering Committee on Bioethics (CDBI) vil gå videre i Europaråds-sammenheng med å få utarbeidet og vedtatt en protokoll til Oviedo-konvensjonen i tråd med forslaget. Forslaget er på mange måter bygget over samme lest som Rekommandasjon (2004) 10, og som Norge mener er oppfylt for vår lovs vedkommende. Det vil derfor neppe være avgjørende for norsk lovgivning på området om en slik protokoll blir vedtatt eller ikke, men det synes klart at dette kan være med på skjerpe prøvingen i EMD av tvangstiltak overfor psykiatriske pasienter.

Syse uttrykker sterk tvil om det vil kunne utledes at et begrenset behandlingsvilkår av den typen som er lovfestet i norsk rett, ikke vil kunne stå seg selv ved etter vedtak av en slik tilleggsprotokoll i tråd med det fremlagte forslaget

### **6.5. Europarådets rekommandasjon nr. 10, 2004**

Norge har deltatt i ulike internasjonale fora som har vedtatt rekommandasjoner om hvordan ulike pasientgruppers stilling bør være i den enkelte stat. Slike "soft law" instrumenter vedrørende pasienter med psykisk sykdom eller nedsatt rettslig handleevne er ikke bindende,

verken folkerettslig eller innad i norsk rett. Likevel er det i norsk lovgivning lagt vekt på slike instrumenter, og det er lagt vesentlig vekt på enkelte instrumenter i lovgivningssammenheng.

En aktuell rekommandasjon når det gjelder behandlingsvilkåret er Europarådets rekommandasjoner om bruk av tvang i psykisk helsevern nr. 10, 2004. Det er et spørsmål om det kan utledes noe om sidevilkår som kan tilsi at det må foretas lovendringer for å oppfylle rekommandasjonens retningslinjer. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) punkt 3.2.4 framgår at det etter departementets vurdering ikke er grunn til å endre behandlingskriteriet i dagens lovgivning. Det ligger, etter departementets oppfatning, fortsatt et behandlingskriterium i rekommandasjonen selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium. Departementets konklusjon er at rekommandasjonen ikke er til hinder for å videreføre de materielle kriteriene i gjeldende rett.

Syse slutter seg til denne vurderingen, og det kan her vises til andre europeiske nasjoners lovgivning på dette rettsfeltet. Et annet forhold er at Norge står fritt til å oppheve det ene eller annet av dagens tilleggsvilkår. Kriteriene for tvangsbehandling etter phvl. § 4-4 synes også å være i tråd med rekommandasjonens krav, se art. 19.

### **6.6. FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter**

I 2001 initierte FN arbeidet med en bindende og helhetlig konvensjon for å fremme rettigheter og verdighet til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette arbeidet gikk overraskende hurtig, og en konvensjon ble enstemmig vedtatt av FNs generalforsamling i desember 2006 og trådte i kraft 3. mai 2008. Offisiell tittel er *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, vanlig forkortelse er CRPD.

Denne konvensjonen kan ha betydning for spørsmål om bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser. Det er reist spørsmål om reguleringen i psykisk helsevernloven vil komme i strid med konvensjonen. Siden konvensjonen (ennå) ikke er ratifisert av Norge, er Norge ikke folkerettslig bundet av konvensjonens bestemmelser.

Syse slår fast at behandlingen av personer med psykiske lidelser reguleres av konvensjonen, dersom den har en *alvorlig* og *varig* karakter.

FNs spesialrapportør på tortur (Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment) anser i sin 10. rapport at konvensjonen er svært relevant for å kunne beskytte blant annet psykiatriske pasienter mot en behandling som framstår som tortur eller som grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Videre understrekes at funksjonshemmede har et klart krav på respekt for selvbestemmelsen, rettslig handleevne og at medisinsk behandling må baseres på samtykke, og at konvensjonen ikke aksepterer ”involuntary treatment and involuntary confinement”. Det vises til utredningen s. 48 flg vedrørende rapportørens uttalelser.

FNs høykommissær for Human Rights omtaler også tilbakehold av pasienter som et mulig menneskerettsbrudd, se utredningen s. 51.

Syse uttrykker at det trygt kan fastslås at det har oppstått spørsmål om konvensjonen stiller krav til statenes psykiatrilovgivning som går lenger enn tidligere konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter. Men det er fullt mulig at FNs høykommissærs uttalelse trekkes for langt idet konvensjonen er begrenset til «deprivation of liberty based on

the existence of a disability», altså at det er selve funksjonsnedsettelsen som fører til tvangsinnleggelse. Uttalelsen synes å kunne tolkes at da hjelper det ikke med supplerende grunner når disse bare brukes til å begrunne («used to justify») frihetsberøvelsen.

Konvensjonen monitoreres ikke av spesialrapportøren, men av en egen komité som nylig er valgt blant de ratifiserende statene. Komiteen består, som enkelte andre komiteer i FN-systemet, av 12 eksperter. Det er ikke slik at utsagnene til spesialrapportøren er en bindende forståelse av konvensjonens bestemmelser, men de er et klart tegn på at man kan stå overfor et paradigmeskifte vedrørende muligheten for å ha regler om tvangspsykiatri av den typen vi har. Det gir derfor grunnlag for en nærmere vurdering av hvilke forpliktelser vi påtar oss ved å ratifisere konvensjonen, og en samtidig vurdering av hva slags tvangslovgivning som vi bør ha på dette området.

Syse vurderer det slik at dersom denne konvensjonen ratifiseres av Norge, vil den bli et bindende menneskerettighetsinstrument som (også) kan påberopes av personer med psykiske lidelser. Det må være klart at personer med alvorlige psykiske lidelser av noen varighet vil være beskyttet av konvensjonen og kan utlede rettigheter av denne. Bare i begrenset utstrekning ble de særlige tvangsspørsmålene overfor psykiatriske pasienter berørt i de ferdigforhandlede utkastene til konvensjonstekst. Men det var tydelig at enkelte aktivister på dette feltet, for fullt mente at det kunne være lettere å «vinne kampen mot tvangspsykiatrien» gjennom et FN-instrument enn ved kamp mot egen lovgiver på hjemmebane. Syse opplyser at den norske delegasjonen var oppmerksom på disse forholdene.

Syse anser det fullt ut mulig å hevde at det er tilleggskriteriene som reelt sett begrunner innleggelsen, og ikke bare rettferdiggjør denne. Det er utvilsomt ikke tilstedeværelsen av det såkalte hovedvilkåret, «alvorlig sinnslidelse», som åpner for mulighet til lovlig frihetsberøvelse etter norsk rett.

Sverige har ratifisert konvensjonen uten å ha vurdert endring av psykisk helsevernloven, eller at det skulle kunne foreligge motstrid mellom tvangspsykiatrisk regulering og konvensjonens krav. Dette går tydelig fram av den svenske regjeringens proposisjon om ratifisering.

Det er også slik at eventuelle rettslige bindingene etter konvensjonen skal forstås ut fra Wienkonvensjonen om traktatrett av 1969. Etter art. 31 nr. 1 skal traktater tolkes «in good faith in accordance with the ordinary meaning to be given to the terms of the treaty in their context and in the light of its object and purpose».

Syse lar det grunnleggende spørsmålet av om det kan trekkes den type forståelse ut fra konvensjonen som FNs spesialrapportør hevder, stå åpent. Men han peker på at Rapportørens vurderinger synes å stå i motstrid med synspunktene til mange ratifiserende stater, herunder Sverige, med en alminnelig forståelse av traktatteksten, og med det pågående arbeidet i Europarådet med å sikre psykiatriske pasienters rettsstilling gjennom arbeidet med en konkret tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen.

### **6.7. Oppsummerende om norsk rett og psykiatriske pasienters vern etter menneskerettighetene**

I utgangspunktet har lovgivningen om psykisk helsevern her i landet blitt oppfattet å være i overensstemmelse med våre forpliktelser nedfelt i bindende menneskerettsinstrumenter. Dette har vært et vesentlig tema i samband med lovgivningsreformene de siste tiårene der våre forpliktelser, og da særlig etter EMK, er drøftet i detalj. Som beskrevet er det foretatt enkelte

innskjerpsler i inngrepskriteriene for administrativ frihetsberøvelse for å sikre at det ikke skal foreligge strid med ulike konvensjonsbestemmelser eller rekommandasjoner.

Bestemmelser i EMK har i flere saker vedrørende forhold i psykisk helsevern vært vektlagt av Høyesterett ved tolkning av bestemmelser i den tidligere psykisk helsevernloven fra 1961, se for eksempel Rt. 1984 s. 1175 og Rt. 1988 s. 634.

Det har de siste årene, i motsetning til tidligere, vært lagt større vekt på å tallfeste – og vurdere – den faktiske forekomsten av tvang. Dette er et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere den tvangen som framstår som unødvendig. Ulike tiltak for å redusere tvangsbruk har i større grad blitt begrunnet ut fra humanitære hensyn – unødig og derved uønsket og uberettiget tvang bør begrenses til det minimale – enn ut fra en oppfatning om at slik tvang kan komme i strid med våre menneskerettslige forpliktelser. For eksempel ble ikke ordet «menneskerettigheter», eller synonymer for dette, benyttet i rapporten fra Helsetilsynet (2006) om bruk av tvang i psykiatrien.

Den økte oppmerksomheten som er blitt rettet mot menneskerettslige aspekter ved tvangspsykiatri, har foreløpig ikke bidratt til å gi pasienter på dette feltet et særlig godt vern. EMD har knapt konstatert brudd mot EMK art. 3 i pasientbehandling, og har gitt den enkelte stat en vid skjønnsmargin ved konkret prøving av anførte brudd mot EMK art. 8. Også ved anførte brudd mot art. 5 synes EMD å legge vesentlig vekt på hva som synes psykiatrifaglig velbegrunnet i den enkelte stat. Det kreves imidlertid at det kan framlegges dokumentasjon for at det foreligger slike begrunnelser, for at frihetsberøvelsen lovlig skal kunne opprettholdes. Det prosessuelle legalitetskravet tas alvorlig. En fullstendig umyndiggjøring av pasienter fører likeledes til konvensjonsbrudd. Men den store mengden soft law-instrumenter som skal sikre psykiatriske pasienters integritet og autonomi, er bare i begrenset grad brukt ved konvensjonshåndhevingen for å bidra til et effektivt menneskerettsvern. Det psykiatrifaglige skjønnnet blir bare i begrenset grad utsatt for etterprøving.

Konvensjonstekstene oppstiller ikke krav som fører til at den norske reguleringsmåten – på de områder som skulle utredes – er konvensjonsstridig. Verken behandlings- eller farevilkåret bryter mot konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter, og det er også åpnet for at pasienter kan tvangsbehandles om det bare i loven er oppstilt avgrensede vilkår med effektiv overprøvingsrett. Det kreves i det enkelte tilfelle at behandlingen framstår som nødvendig, egnet og proporsjonal.

Så gjenstår avslutningsvis det siste spørsmålet om tvangsinngrep overfor personer med en alvorlig sinnslidelse kommer i et nytt lys, dvs. om det skal stilles nye folkerettslige og menneskerettslige krav til statene i tråd med FNs spesialrapportørs forståelse av FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter. Gode grunner taler for at det sistnevnte forholdet bør avklares i forbindelse med arbeidet med ratifisering av konvensjonen.

## **7. Hva vet vi om effektene ved bruk av tvang?**

### **7.1 Innledning**

I tråd med arbeidsgruppens mandat er omtalen i dette kapitlet begrenset til bruk av tvang begrunnet i behandlingshensyn. Dette medfører at tvang begrunnet i farlighet overfor andre faller utenfor. Tvangsinngrep innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og alderspsykiatrien er også utelatt i dette kapitlet.

Når tvang i det psykiske helsevernet anvendes ut fra behandlingsbehov, er den grunnleggende tanken at resultatet blir bedre med behandling enn uten, selv om det må anvendes tvang. Basert på kunnskap om virksom behandling for ulike psykiatriske lidelser, finner mange behandlere det riktig å gi slik behandling selv om det innebærer bruk av tvang. Denne kunnskapen bygger som regel på studier av frivillige behandlingsforløp, og det forutsettes at effekten er den samme selv om den gis til pasienter som av ulike grunner motsetter seg eller ikke ønsker slik behandling. Dette faglige synspunktet gjenspeiles også i psykisk helsevernloven som åpner adgang til tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling begrunnet i hensynet til et best mulig behandlingsresultat for den enkelte pasient.

Samtidig strider bruk av tvang i behandlingsøyemed mot grunnleggende prinsipp i helsevesenet om at all behandling skal være frivillig og bygge på samtykke. Tillit mellom behandlere og pasienter er også fremhevet som en viktig forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det er derfor grunn til å spørre om hva slags konsekvenser det har å bruke tvang i gjennomføringen av behandling i det psykiske helsevernet. Det er dette som er hovedtema i dette kapitlet der spørsmålet som stilles er: Hva vet vi om effektene av tvang ved gjennomføring av psykiatrisk behandling? Eller sagt på en annen måte: Endrer bruk av tvang behandlingsresultatene sammenlignet med resultatene fra frivillig behandling?

Fremstillingen bygger på gjennomgang av forskningslitteraturen om effekter av bruk av tvang på behandlingsresultatet. I vedlegg 3 til rapporten finnes en mer omfattende gjennomgang av denne litteraturen. I dette kapitlet vil bare de viktigste konklusjonene som kan trekkes på grunnlag av denne gjennomgangen gjengis. Før disse konklusjonene presenteres, vil problemer knyttet til forskning om effekter ved bruk av tvang kort omtales, og utvalget av aktuell litteratur vil bli gjort rede for. I vedlegget finnes fylldige referanselister til aktuell litteratur om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Det er derfor ikke tatt inn litteraturhensvisninger i teksten i dette kapitlet.

## **7.2 Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet**

Skal man undersøke hva slags effekt bruk av tvang har, må man kunne måle tvangen pasientene utsettes for. Fordi det både er vanskelig å definere tvang og måle tvang, er det tilsvarende vanskelig å få kunnskap om effektene ved bruk av tvang. I forskningssammenheng har tvang i det psykiske helsevernet blitt beskrevet enten som *formell tvang*, det vil si om det er truffet vedtak om bruk av tvang i forhold til lovgivningen, som *opplevd tvang*, som er pasientenes subjektive oppfatning av i hvilken grad de er utsatt for tvang, som *faktisk tvang*, som er den tvang som faktisk utøves overfor pasienten, eller kombinasjoner av disse områdene. Det er problemer knyttet til måling av tvang for alle de tre tvangsdimensjonene. Dels er det dårlig samsvar mellom ulike tvangsformer og ”reell tvang”, og dels kan det være vanskelig å observere eller registrere opplevelser av tvang. Det kan også være vanskelig å fange opp mindre tydelige former av konkret tvang. Et gjentatt funn i forskningslitteraturen er at det er dårlig samsvar mellom opplevd tvang og den formelle legale status pasienter har. Likevel bruker de fleste studier pasientenes formelle legale status som eneste mål for tvang. I tillegg er det slik at måten tvang besluttet og gjennomføres på, spiller en vesentlig rolle for hvordan tvangen oppleves, med tilsvarende følger for hva slags effekter tvangen har. Dette gjør det ytterligere vanskelig å bedømme effektene av tvang.

Det neste store problemet er hvorledes man måler og bedømmer behandlingsresultat. Hva er et godt behandlingsresultat etter psykiatrisk behandling? Er det grad av symptomreduksjon, tilfredshet med behandlingen, fortsatt behov for helsetjenester, bolig- og arbeidssituasjonen, et

godt forhold mellom pasient og behandlere, en sum av disse forholdene, eller andre forhold? Hvem som bedømmer resultatet har også betydning. Pasienter, pårørende og behandlere kan ha ulike vurderinger av et behandlingsforløp. Tidsperspektivet er likeledes viktig. Et behandlingsresultat kan være ulikt på kort og lang sikt.

Selv om mange av disse problemene er felles for all effektforskning i medisinsk og helsefaglig forskning, er psykiatrisk forskning særlig utsatt fordi det i psykiatrisk behandling er så mange faktorer som spiller sammen og bidrar til resultatet.

### **7.3. Forskningslitteraturen om effekter av bruk av tvang**

Faglitteraturen som ligger til grunn for beskrivelsen av kunnskapsstatus om effektene av tvangsbruk på behandlingsresultatet, er i hovedsak fremkommet gjennom litteratursøk i de elektroniske litteraturlistene PsychINFO, Medline og Embase.

I tillegg er oversiktsartikler gjennomgått, og relevante referanser fra litteraturlistene i slike oversiktsartikler er tatt med i litteraturen som danner grunnlaget for gjennomgangen her. I løpet av de siste 20 årene er det publisert flere tusen artikler der tvang i psykiatrien er tema.

Av disse er det bare få som vurderer behandlingseffekt med og uten tvang, og kvaliteten av disse er som regel mangelfull. I samtlige oversiktsartikler om effekt av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, konkluderer forfatterne med at det er store metodologiske svakheter og kvalitetsproblemer knyttet til de studiene som er publisert, og at dette gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Det samme gjelder forskning om effekter av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Cochrane sammenslutningen<sup>8</sup> fant bare to randomiserte studier om TUD, og begge hadde metodologiske svakheter.

### **7.4. Hva vet vi om effekter av tvang på behandlingsresultatet?**

Om man setter strenge krav til metode og kvalitet til studier om effekter av tvang i behandlingen, må konklusjonen bli at vi ikke har sikker kunnskap om hvorledes bruk av tvang påvirker behandlingsresultatene. Sagt på en annen måte: Vi har ikke vitenskapelige holdepunkter for at tvang kan begrunnes med at behandlingsresultatet blir bedre enn om det ikke brukes tvang. Samtidig er det viktig å understreke at det heller ikke er holdepunkter for det motsatte: at tvang svekker behandlingseffekten.

Det er likevel ikke slik at de studiene som er gjennomført ikke gjør det mulig å trekke lærdom av dem. Visse resultat går igjen i flere ulike studier og en del funn gjør det rimelig i det minste å sannsynliggjøre effektene av tvang på ulike områder. I det følgende er det gjort rede for slike mer usikre resultat. Resultatene presenteres separat for ulike områder der tvang brukes begrunnet i behandlingshensyn.

#### **7.4.1 Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold**

Det funnet som i størst grad går igjen er at det ikke er forskjell i graden av psykopatologi eller grad av bedring mellom formelt tvangsinnlagte og formelt frivillig innlagte pasienter. I to studier av relativt god kvalitet var bedringen større hos tvangsinnlagte sammenlignet med frivillig innlagte.

---

<sup>8</sup> Cochrane samarbeidet er en verdensomfattende gruppe som primært går igjennom kvaliteten av randomiserte kliniske studier (RCT- studier) som vurderer effekten av medisinsk behandling. Cochrane gruppene setter svært strenge krav til metode før en studie kan legges til grunn for kunnskapsgrunnlaget for ulike intervensjoner.

Et annet robust funn er at den viktigste faktoren som bidrar til pasientenes opplevelse av tvang, er i hvilken grad pasientene opplever at de er tatt med i beslutningsprosessen.

Det ser videre ut til at det er en tendens til at formelt tvangsinnlagte har en økt risiko for reinnleggelser, både generelt og for at reinnleggelsen skjer med tvang, og at lange innleggelser øker sjansen for reinnleggelser. Forskjellene er imidlertid små mellom frivillig innlagte og tvangsinnlagte, og resultatene i ulike studier er delvis motstridene.

Når det gjelder pasientenes syn på tvangsinnleggelse i ettertid varierer andelen som finner innleggelsen berettiget eller nødvendig fra 33 til 75 %. I de fleste av disse studiene er andelen pasienter som mener tvangen er berettiget over 50 %. På spørsmålet om innleggelsen har vært til hjelp varierer andelen som mener dette mellom 39 og 81 %, mens grovt sett rapporterer majoriteten av tvangsinnlagte at de er fornøyd med behandlingen. Samtidig svarer ca halvparten eller under halvparten at de ønsker tilsvarende behandling om de på nytt skulle komme i samme situasjon. Synet på tvangsinngrepet ser ut til å bli mer positivt med tiden, selv om opplevelsen av å ha blitt utsatt for tvang holder seg stabilt.

Andelen tvangsinnlagte som er fornøyd med behandlingen er gjennomgående lavere enn for frivillig innlagte. Omtrent halvparten av tvangsinnlagte pasienter opplever at de har vært utsatt for krenkelser i forbindelse med oppholdet i ulike studier.

#### *7.4.2 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)*

Det er ikke funnet forskjeller etter 12 måneder mellom pasienter utskrevet til TUD og pasienter skrevet ut til frivillig oppfølging, verken med hensyn til antall reinnleggelser, tid før reinnleggelse, behandlingsoppslutning, psykopatologi, sosial funksjon eller livskvalitet. Mange studier skiller ikke mellom døgnbaserte tjenester og polikliniske/kommunale tjenester når effekten av TUD på helsetjenesteforbruk beskrives, men det kan se ut til at forbruket av døgnopphold går ned, mens forbruket av polikliniske eller kommunale tjenester går opp. At behandlingsoppslutningen i mange studier er bedre for pasienter under TUD er ikke overraskende, da pasientene under TUD nettopp blir tvunget til behandlingsoppfølging. Det har bare lyktes å finne en studie som ser på behandlingsoppslutning etter at TUD vedtaket er opphevet, og i denne studien hadde pasienter med tidligere TUD vedtak lavere oppslutning enn de som hadde fått frivillig oppfølging utenfor institusjon. Mange forfattere som ser på effekten av TUD, konkluderer med at det ikke er mulig å vite hva som kan være en effekt av selve tvangsrammen ved TUD, og hva som kan tilskrives omfang og kvalitet på tjenestene som tilbys pasienter med vedtak om TUD. Basert på eksisterende forskning er det ikke mulig å trekke noen sikker konklusjon om effektene av TUD, men det understrekes i de fleste studiene om TUD at et slikt tvangsvern ikke kan erstatte eller kompensere for mangler i tjenestene utenfor institusjon.

#### *7.4.3 Tvangsbehandling*

Det er ikke tilstrekkelig kunnskap om effekten av spesifikke behandlingstiltak til at det er mulig å trekke noen konklusjon på dette området. Samtidig peker funnene som er gjort rede for under punkt 7.4.1 på at bedringspotensialet ikke reduseres ved bruk av tvang i behandlingen.

### **7.5. Oppsummering**

Vi mangler sikker kunnskap om effektene av tvang for behandlingsresultatene. Det er vanskelig å gjennomføre metodologiske holdbare studier på feltet, både fordi det er uklart

hvordan tvang skal defineres og hvordan tvang kan måles. Det er også mangel på gode effektmål, og resultater fra ulike studier rapporteres ikke på en ensartet måte. Det er således behov for flere og kvalitetsmessig bedre studier for å få kunnskap om hvilke effekter bruk av tvang har på behandlingsresultatene.

Mange av de funnene som blir rapportert i studier med mangelfull kvalitet kan forklares ved at pasientene som utsettes for tvang skiller seg fra pasienter som behandles frivillig på en rekke områder. Videre er mange av studiene små og har kort oppfølgingstid, noe som også bidrar til usikre resultater. Det kan likevel se ut til at tvang i behandlingen gir samme bedring av symptomer som hos de som behandles frivillig, at majoriteten av tvangsinnlagte pasienter aksepterer tvangsinngrepet i ettertid og at cirka halvparten av tvangsinnlagte pasienter opplever krenkelser i forbindelse med innleggelse til døgnopphold.

For en mer detaljert gjennomgang av hva forskningslitteraturen sier om effekter av tvang begrunnet i pasientenes behandlingsbehov, henvises som nevnt til vedlegg 3 til rapporten, der man også vil finne dokumentasjon for konklusjonene i dette kapittelet.

## **8. Hensyn og argumenter vedrørende behandlingskriteriet**

*Arbeidsgruppen er i mandatet bedt om å beskrive og diskutere de hensyn som ligger bak ønsket om å fjerne behandlingstvilkåret opp mot fordeler ved behandlingstvilkåret.*

### **8.1. Innledning**

Bruken av tvang og fokus på hva som skjer med mennesker som blir utsatt for tvang innenfor psykisk helsevern har vært et viktig tema for bruker- og pårørendeorganisasjonene gjennom flere år. De rapporterer om henvendelser fra brukere om negative og krenkende erfaringer knyttet til tvangsbruk. Mange har fortalt om overgrep og krenkende behandling, blant annet om å bli hentet fra hjemmet av politi med håndjern mens naboer ser på, omfattende bruk av belter og isolasjon, utbredt bruk av skjerming, bivirkninger av tvangsmedisinering og arrogant personale (26). Det har lenge vært uttrykt bekymring knyttet til høye tvangstall og til dels store geografiske variasjoner, samt manglende måloppnåelse av Opptappingsplanens intensjoner om redusert tvangsbruk og økt frivillighet.

De mange bruker- og pårørende erfaringene og initiativ fra organisasjonene dannet grunnlaget for Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang (IS-1370). Det ble her utarbeidet tiltak som rettet seg mot å øke frivilligheten, kvalitetssikre bruken av tvang, øke kunnskapsgrunnlaget og bedre dokumentasjonen av tvangsbruken. Tiltaksplanen er basert på gjeldende regelverk, og bygger på den forutsetning at det i enkelte tilfeller vil være både nødvendig og riktig å benytte tvang, både av hensyn til pasienten selv og omgivelsene.

I forbindelse med den siste gjennomgangen av psykisk helsevernloven i 2006 ble de fleste materielle bestemmelsene for tvang foreslått videreført uendret, herunder behandlingstvilkåret (6; s. 59). Det ble vurdert slik at det ikke forelå behov for endringer vedrørende hovedvilkår og tilleggsvilkår, heller ikke etter en gjennomgang av menneskerettslige forpliktelser og anbefalinger (6; kap. 3). Denne vurderingen ble problematisert av Mental Helse Norge og



Norsk Psykologforening i forbindelse med Stortingets behandling av lovendringene. Dette medførte at helse- og omsorgskomiteen ba om en grundigere vurdering av behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungen psykisk helsevern (27; s. 10).

Innspillet fra Mental helse Norge og Psykologforeningen er nærmere begrunnet i brev av 21. juni 2006 fra foreningene til Helse- og omsorgsministeren<sup>9</sup>. Det stilles her spørsmål om det er faglige og menneskerettslige gode grunner for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke skal ha rett til selv å bestemme om de vil motta behandling for sin lidelse, på lik linje med resten av befolkningen. Det fremholdes at omsorgsprinsippet har stått svært sterkt i den norske tradisjon, og for psykisk syke, sterkere enn autonomiprinsippet. Deres forslag går ut på å se nærmere på behandlingskriteriet som grunnlag for tvangsinnleggelse, sett i lys av menneskerettighetsprinsipper. Behov for behandling og omsorg versus rett til å bestemme selv fremheves som sentrale refleksjonstemaer, og de peker på de erfaringer som har fremkommet om alvorlige krenkelser ved tvangsinnleggelse som sentrale. Det er i spennet mellom alvorlig krenkelse og menneskelig ivaretagelse dilemmaet i forhold til behandlingskriteriet ligger. Det fremheves imidlertid at pasienter som er til fare for seg selv må beskyttes, og at farekriteriet sammen med hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse bør beholdes som grunnlag for tvangsinnleggelse.

På Mental Helses landsmøte høsten 2007 ble det bestemt at foreningen i landsmøteperioden 2008-2010 skal arbeide for å fjerne den lovhjemmelen som gir anledning til å tvangsinnlegge og tvangsbehandle en person kun på behandlingsindikasjon. Landsmøtet var imidlertid ikke enstemmig i sitt syn på dette. Mindretallet var bekymret for at enkelte mennesker kunne komme til å forgå i elendighet, selv om de ikke kunne sies å være til akutt fare for seg selv eller andre.

Fra brukerståsted er dette et uttrykk for at det ikke anses tilstrekkelig med en tiltaksplan basert på dagens regelverk for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. Det antas å være nødvendig med lovendringer som strammer inn selve grunnlaget for å anvende tvang.

Forholdet til menneskerettighetene har etter hvert fått en sentral plass i kritikken av dagens regelverk og praksis, bl.a. gjennom opprettelsen av Menneskerettighetsutvalget i Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, ledet av Bjørg Njaa. Organisasjonen We Shall Overcome har i sitt arbeid hatt et særlig fokus på menneskerettigheter og har bidratt til å sette dette på tydeligere på dagsorden. I både 2007 og 2008 ble det arrangert høringer om menneskerettigheter og tvang i Stortinget, med bruker- og pårørendeorganisasjoner som aktive medvirkere. I denne sammenheng ble særlig den nye FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse fremhevet som et argument for å oppheve eller revidere psykisk helsevernloven, idet det ble fremholdt at denne konvensjonen representerer et paradigmeskifte og introduserer krav om en ikke-diskriminerende tilnærming til problemet som får betydning for psykisk helsevern. I høringene på Stortinget har Rådet for psykisk helse stått sammen med bruker- og pårørendeorganisasjonene bl.a. i kravet om evaluering av behandlingstvilkåret i loven.

Blant de pårørende er det til dels ulike oppfatninger av spørsmålet om behandlingstvilkåret som grunnlag for tvang. Pårørende som har opplevd at behandlingen har hjulpet den syke, vil ofte ha et positivt syn på bruk av tvang og dermed behandlingstvilkåret. Pårørende som trodde at behandlingen ville hjelpe den syke, men hvor dette i ettertid viste seg ikke å være tilfelle,

---

<sup>9</sup> Brevet er inntatt i vedlegg 1.

vil derimot ofte ha et negativt syn på bruk av tvang og dermed behandlingsvilkåret. I Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatrien (LPP) finnes det pårørende i begge kategorier, slik det også er i Mental Helse. LPP har ikke et landsmøtevedtak på dette spørsmålet, men styret arbeider med å få saken opp på landsmøtet i 2011 etter en grundig diskusjon i organisasjonen. Det nåværende styret i LPP er enstemmig i sitt syn på å beholde behandlingsvilkåret. En sentral del av begrunnelsen for dette standpunktet er engstelsen for at pasienten skal gå til grunne hvis behandlingskriteriet fjernes.

Menneskerettighetsutvalget i LPP mener derimot at behandlingskriteriet må fjernes, fordi det legitimerer krenkelser og overgrep. Mangelen på alternativer til tvang er ofte årsak til at pårørende ser tvang som eneste mulighet. MR-utvalgets standpunktet må også ses i lys av de menneskerettslige forpliktelser og de ikke-diskriminerende retningslinjene som slås fast i den nye FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse. Utvalget har bl.a. sendt inn konkrete saker til FN's spesialrapportør for tortur til vurdering.

Kritikk og bekymring knyttet til tvangsbruk innen psykisk helsevern er ikke bare fremsatt fra bruker- og pårørendeorganisasjonene. Det synes å foreligge en bred enighet om behovet for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Tvangsbruken er også satt på dagsorden i helsepersonells yrkesorganisasjoner og andre berørte foreninger og organisasjoner. Det vises bl.a. til at Norsk Psykiatrisk Forening fremhevet målet om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang gjennom sitt helsepolitiske manifest i forbindelse med foreningens 100 års jubileum i 2007 (28).

Det siste året har ikke minst den omfattende offentlige debatt om psykiatrien tydelig vist at dette er et tema som er viktig for mange. Det er vist et stort engasjement når det gjelder etiske og menneskerettslige sider ved bruk av tvang innen det psykiske helsevern. Det har også den senere tid blitt avholdt flere konferanser med tvangsbruk på dagsorden.

## **8.2. Autonomi og rett til selvbestemmelse**

Kritikken mot behandlingskriteriet tar utgangspunkt i grunnleggende menneskerettigheter basert på overordnede og generelle prinsipper om autonomi, selvbestemmelse, frivillighet og krav om fritt og informert samtykke.

Mest mulig frivillighet i behandlingen var et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette er også det sentrale prinsippet i psykisk helsevernloven som krever at frivillighet skal ha vært forsøkt uten at dette har ført frem før tvang tas i bruk, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Det informerte samtykke er den klare hovedregel som rettsgrunnlag for behandling i det psykiske helsevernet, jf. psykisk helsevernloven § 2-1, som viser til pasientrettighetslovens regler.

Til tross for dette kan det stilles spørsmål om frivillighet forsøkes i tilstrekkelig grad, om pasientens egen kompetanse til å ta beslutninger blir tilstrekkelig vektlagt i det psykiske helsevernet, eller om lovverket legitimerer og bidrar til å opprettholde en uheldig paternalistisk holdning og praksis overfor personer med psykiske lidelser.

Det finnes fortsatt rester av en paternalistisk tradisjon i deler av dagens psykiske helsevern. En slik paternalistisk tradisjon innebærer at fagfolkene legger til grunn at de vet bedre enn pasienten hva som er til pasientens beste, uten hensyn til hva denne selv måtte mene og ønske.

I stor grad legges det til grunn en antagelse om at motstand skyldes mangel på sykdomsinnsikt, og at pasienten til tross for motstanden egentlig ville ønsket behandling.

Tvangsregler basert på en vurdering av pasientens behandlingsbehov innebærer at man setter til side pasientens egen samtykkekompetanse, og bygger på den forutsetning at en person med alvorlig sinnslidelse mangler sykdomsinnsikt og er derfor ikke i stand til å fatte riktige beslutninger med hensyn til egen helsesituasjon og valg av behandling. Forskning har imidlertid vist at dette ikke nødvendigvis er tilfelle, og at selv personer med maniske tilstander eller psykoser kan motta informasjon og gjøre adekvate og realistiske vurderinger til tross noen virkelighetsbrister (3-5). Det kan dermed ikke uten videre forutsettes at ”manglende sykdomsinnsikt” alltid er årsaken til protest mot inngripende behandling fra personer med en alvorlig psykisk lidelse.

Forskning viser også at den faktoren som bidrar til pasientenes opplevelse av tvang, er i hvilken grad pasientene opplever at de er tatt med i beslutningsprosessen, jf. omtale i kap. 7.

Dagens lovverk er basert på den modell at dersom det foreligger en alvorlig sinnslidelse og de øvrige tvangsvilkårene i psykisk helsevernloven er oppfylt (tilleggsvilkårene), kan pasientens selvbestemmelse alltid settes til side hvis dette anses å være til pasientens beste. Det er ikke et vilkår i psykisk helsevernloven at man vurderer i hvilken grad pasienten har samtykkekompetanse i forhold til aktuell helsehjelp, før det treffes beslutning om å ta i bruk eller opprettholde tvangsreglene. Det er tilstrekkelig at de objektive vilkårene er oppfylt. Pasientens evne til å forstå sin egen situasjon og treffe rasjonelle valg vil kunne være en del av vurderingen av om vilkårene er oppfylt, men det er ikke noe vilkår for tvang at pasienten ikke har samtykkekompetanse i forhold til det aktuelle tiltaket.

Ved vedtak om å gi somatisk helsehjelp etter de nye reglene i pasientrettighetsloven kap 4A er det derimot et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse. Dette innebærer at en pasient som har rett til å nekte somatisk helsehjelp etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, vil kunne være avskåret fra å si nei til hjelp etter psykisk helsevernloven, noe det kan være vanskelig å gi en rasjonell begrunnelse for.

Det er således vanskelig å finne grunnlag for den utbredte oppfatningen at pasienter som er tvangsinnlagt, automatisk mangler samtykkekompetanse, og at psykiatriske pasienter som ikke følger legens råd eller tar uvanlige valg, så å si per definisjon må anses å mangle nødvendig samtykkekompetanse (29).

Manglende sykdomsinnsikt ved alvorlig sinnslidelse er en hovedbegrunnelse bak behandlingsvilkåret som begrunnelse for tvang. Det er imidlertid problematisk uten videre å legge til grunn som en generell premiss for tvangsadgangen at personer med alvorlig sinnslidelse skal få satt sin selvbestemmelsesrett til side med denne begrunnelse, uten en konkret kompetansevurdering.

Det har i gruppen fremkommet kritikk mot begrepet ”manglende sykdomsinnsikt”. Det fremholdes at begrepet fremstår uklart, subjektivt og svært skjønnsmessig. Det vises til at bruken av begrepet ”manglende sykdomsinnsikt” ofte fører til en sirkelargumentasjon hvor vedkommende anses å ikke ha innsikt dersom han eller hun motsetter seg en bestemt behandling, og anses å motsette seg denne behandlingen fordi han eller hun mangler innsikt. Å bli stemplet med ”manglende innsikt” oppleves å bli satt i en alvorlig avmaktssposisjon hvor

vedkommendes troverdighet, meninger og egne forklaringsmodeller undergraves. Det er en form for ugyldiggjøring av den enkeltes kompetanse.

Det er også anført at begrepet ”manglende innsikt” er problematisk i forhold til retten til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet i EMK art. 9 og SP art. 18. Retten til å ha tankefrihet er absolutt. EMD har slått fast at EMK art. 9 forhindrer staten i å vurdere om noens personlige tro eller dens uttrykksformer er legitime. Det fremholdes at retten til tanke-, samvittighets og religionsfrihet innebærer også retten til selvfortolkning, retten til å definere seg selv og sitt liv, og retten til å beholde sin egen overbevisning uten begrensning og inngrep fra offentlig myndighet. Denne retten utfordres ved psykiatrisk diagnostikk og fortolkning mot pasientens vilje, og det anses svært problematisk at pasienters tanker, meninger og protester utdefineres som ”manglende (sykdoms)innsikt”, ”vrangforestillinger” eller ”realitetsbrist”. Det vises også til at pasienter også tvinges til å forandre sine tanker og meninger, til å vise såkalt ”sykdomsinnsikt” i tråd med fagpersonalets forståelse av vedkommendes lidelse.

På denne bakgrunn er det påpekt et behov for å ta et oppgjør med begrepet ”manglende sykdomsinnsikt” for på den måten å få gjort noe med dagens tvangssituasjon. Å utdefinere pasientens tanker og meninger som ”manglende innsikt” anses undertrykkende, hindrer likeverdig dialog og medvirkning, krenker menneskeverdet og åpner for overgrep.

En situasjon hvor fravær av kompetansevurderinger i regelverket kommer på spissen er der en person som har vært under tvungent psykisk helsevern en stund ikke lenger fremviser aktive symptomer på psykose, men hvor fravær av symptomer settes i sammenheng med pågående medikamentell behandling. Høyesterett har lagt til grunn at tvangsvilkårene (hovedvilkår sammenholdt med forverringsalternativet) åpner for at velfungerende personer uten positive symptomer på psykose, og som kan ha gjenvunnet sin kompetanse til å ta beslutninger om egen behandling, fortsatt kan holdes under tvungent vern med mulighet for tvangsbehandling i situasjoner hvor man frykter at de vil avslutte pågående medikamentell behandling, med fare for alvorlig tilbakefall. Disse pasientene vil som regel være under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

På den ene siden er det opplyst at disse pasientene har et opplegg utover opprettholdelse av medisiner, men at det alltid forligger nødvendig medisinsk oppfølging, og at det er personer involvert med ansvar for å identifisere kriser og tilbakefall på et tidlig tidspunkt. Ved et slikt tvangsvern kan en ved observasjon ha mulighet for tiltak ved tegn på tilbakefall. Noen møter hver 2-3 uke til depotinjeksjon ved poliklinikk, ved et legekantor eller får den hjemme etter avtale. Andre bruker tabletter og kan ha forskjellige avtaler for å sikre at medisinen blir tatt, for eksempel en blodprøve hver 1-3 mnd. Som et minimum foretas kontrollundersøkelse hver 3. mnd, slik psykisk helsevernloven § 4-9 krever. På den annen side er det fremholdt at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i praksis kun består av fortsatt tvangsmedisinering.

Det er fremholdt at det er en uakseptabel begrensning av autonomien for pasienter som er i stand til å klare seg utenfor institusjon og som ikke har aktive symptomer, at de kan underkastes tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling (30). Bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er generelt omstridt og gjenstand for stor debatt blant akademikere, fagfolk og brukere både i Norge og internasjonalt (13;15).

### **8.3. Samfunnsansvar og rett til helsehjelp**

Det er ansett som en hovedforpliktelse for et sivilisert samfunn å verne om dem som ikke selv kan ivareta egne interesser, herunder personer med alvorlige psykiske forstyrrelser. I situasjoner hvor det fremstår som om vedkommende ikke selv ser behovet for hjelp og motsetter seg denne, kan slik omsorg skape etiske problemer da den kommer i konflikt med vedkommendes uttrykte mening og kanskje nødvendiggjør mer eller mindre omfattende bruk av tvang. Når nektelsen skyldes en manglende virkelighetsforståelse på grunn av sykdom, inntreffer imidlertid en etisk forpliktelse for samfunnet ved helsetjenesten til å gripe inn.

Etiske prinsipper om omsorgsansvar understøtter også helsefaglige hensyn. Det er tale om plikt til ikke å skade, til å bekjempe sykdom, og til å fremme helse og velferd. Disse prinsippene er nedtegnet i helseprofesjonenes nasjonale og internasjonale etiske regler. For psykiatere er Hawaii-deklarasjonen, 1977 og Madrid-deklarasjonen 1996 de sentrale dokumenter. Ut fra et slikt helsefaglig ståsted vurderes det som uetisk og i strid med helsepersonells faglige holdninger å unnlate å hjelpe en pasient med en alvorlig sinnslidelse når det eksisterer virksom behandling mot lidelsen, hvorav medikamentell behandling er ett element.

Den enkelte har gjennom helselovgivningen individuelle rettigheter knyttet til nødvendig helsehjelp, og det offentlige har et ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester. Alle mennesker har den samme rett til nødvendig helsehjelp. Tradisjonelt er tvangsreglene begrunnet med at den enkelte skal sikres oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp, også i situasjoner hvor vedkommende på grunn av psykisk lidelse ikke lenger kan ivareta egne interesser. Bruk av tvangsregler og behandlingsskriteriet forutsetter at psykisk helse er verdifull og et gode for den enkelte som samfunnet har et ansvar for å bevare så godt som mulig.

Mot dette anføres at retten til helsehjelp ikke kan legitimere tvangsbruk, selv om innholdet i helsehjelpen kan anses som et gode rent objektivt. Det vises til at en rettighet forutsetter mulighet til å velge denne bort, og tvangsregler kan derfor verken begrunne eller forenes med rettighetstenkning. Når man ikke lenger kan nekte vil det ikke lenger være en rettighet, men en "plikt til helsehjelp". Videre påpekes at det vanskelig kan legges til grunn at et tvangsinngrep som innebærer frihetsberøvelse, tvangsmedisinering og annen tvangsbruk kan anses som et gode. Mange pasienterfaringer viser at helsehjelpen virket negativt og skadelig, jfr. omtale i pkt. 8.10, og det er heller ikke forskningsmessig grunnlag for å si at man får et bedre behandlingsresultat ved bruk av tvang, jf. omtale i kap. 7.

### **8.4. Menneskerettigheter**

Menneskerettslige argumenter har stått sentralt i diskusjonen om behandlingstvilkåret, og det er anført at menneskerettslige forpliktelser må få konsekvenser for dagens regulering i psykisk helsevernloven, herunder behandlingstvilkåret.

Professor Aslak Syse, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo, fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utrede de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevern, med hovedvekt på de ulike grunnlag for bruk av tvang (fare og behandling) og mulighetene for tvangsmedisinering både i og utenfor institusjon. Utredningen er presentert i kap 6, og er inntatt som vedlegg 2 til rapporten.

Syse oppsummerer med at konvensjonstekstene ikke oppstiller krav som fører til at den norske reguleringsmåten, på de områder som arbeidsgruppen ser på, er konvensjonsstridig. Verken behandlings- eller farevilkåret strider mot konvensjoner til vern av borgernes sivile og politiske rettigheter, og det er også åpnet for at pasienter kan tvangsbehandles om det bare i loven er oppstilt avgrensede vilkår med effektiv overprøvingsrett. Det kreves i det enkelte tilfelle at behandlingen framstår som nødvendig, egnet og proporsjonal. Det vises til utredningen s. 59.

Som også Syse er inne på, finnes det likevel argumenter som taler for at menneskerettslige forpliktelser kan få betydning for diskusjonen om dagens behandlingvilkår.

Det vises til *Europarådets bioetiske konvensjon* (Oviedo-konvensjonen), som Norge er rettslig bundet av etter den ble ratifisert i 2006. Etter art. 7 kan behandling uten eget samtykke bare gis ved alvorlig sinnslidelse dersom unnlattelse av å gjennomføre behandlingen vil kunne føre til alvorlig helseskade, jf. art. 7 ”*an intervention aimed at treating his or her mental disorder only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health.*”. Ved de siste lovendringene vurderte departementet at dagens behandlingvilkår i psykisk helsevernloven var i samsvar med kravet i konvensjonen (6; s. 15). Det ble vurdert slik at ”*enten vedkommende mister muligheten til helbredelse eller vesentlig forverring, vil det kunne anses som en alvorlig skade på hans eller hennes helse.*”. Men her kan det nok anføres at dagens behandlingvilkår er mer vidtrekkende enn kravet i Oviedo konvensjonen, noe også arbeidet med en tilleggsprotokoll kan tyde på, se Syses utredning s. 35, som er inntatt som vedlegg 2 til rapporten.

Også *Europarådets rekommandasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, 10 (2004)* taler i samme retning. Selv om denne ikke er direkte rettslig bindende for Norge, er det et viktig dokument som må tillegges betydelig vekt ved utformingen av lovgivningen om tvungent psykisk helsevern (6; s. 15). Ved siste endring av rekommandasjonen ble rammen for de vilkår som skal kunne gi grunnlag for tvangsvedtak, innskjerpet. Anbefalingen synes etter endringen å ligge nært opp til et rent farekriterium, og synes ikke lenger å åpne for tvangsinnleggelse på et rent behandlingkriterium. Det oppstilles krav om at pasientens tilstand må representere en ”*klar risiko for alvorlig skade for pasientens helse eller andre personer*”. Departementet la ved forrige lovendring til grunn at tilleggsvilkårene var i samsvar med rekommandasjonen, men på samme måte som for Oviedo konvensjonen kan det være grunn til å se nærmere på behandlingvilkåret under denne synsvinkelen.

Gruppens medlemmer Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa mener det må legges avgjørende vekt på den utvikling som har skjedd internasjonalt, og at denne må få konsekvenser for dagens norske regelverk, herunder behandlingvilkåret. Det vises til at den nye *FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD)* som Norge har undertegnet er basert på et annet tankegodt enn dagens psykisk helsevernlov, og gir anvisning på en annen modell enn tradisjonelle tvangsregler. Diskrimineringsperspektivet står her sentralt.

Det er fremhevet at CRPD representerer et paradigmeskifte i måten å tenke på når det gjelder personer med ulike langvarige funksjonsnedsettelse, og at personer med langvarige alvorlige psykiske lidelser vil være omfattet av konvensjonen. I større grad enn tidligere anses mennesker med psykososiale og andre funksjonsnedsettelse som subjekter og rettighetshavere istedenfor ”objekter” i behov av beskyttelse og behandling. Med den nye

konvensjonen har man forlatt ”den medisinske modellen” til fordel for en ”menneskerettighetsmodell” (31).

CRPD presiserer viktige frihets- og ikke-diskrimineringsprinsipper, samt unntaksfrie universelle rettigheter for mennesker med funksjonsnedsettelse. Som artikler i konvensjonen som særlig representerer et paradigmeskifte fremheves art. 12, 14 og 25. Disse slår samlet fast at mennesker med funksjonsnedsettelse har rettslig handleevne på lik linje med andre på alle livets områder, at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse, og at mennesker med funksjonsnedsettelse på lik linje med andre har krav på behandling gitt på grunnlag av fritt og informert samtykke.

Art. 12 fastslår likhet for loven, og påbyr partene å erkjenne at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder. Konvensjonen anerkjenner at enkelte vil ha behov for støtte til å utøve rettslig handleevne, men angir at tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne skal ha beskyttelsesmekanismer som sikrer at vedkommendes rettigheter, vilje og preferanser blir respektert, i form av ”supported decision-making”. Det er fremholdt at konsekvensen av art. 12 må være at lovhjemler og praksis som baseres på paternalisme og ”viljessubstitusjon” overfor mennesker med funksjonsnedsettelse, erstattes med lovhjemler og praksis basert på ”støtte til autonomi”-prinsippet, noe som må få betydning for psykisk helsevernloven.

Når det gjelder art. 14, som regulerer frihet og personlig sikkerhet, er det påpekt at bestemmelsen ikke åpner for at nedsatt funksjonsevne i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse. Dette blir da problematisk i forhold til psykisk helsevernloven. Art. 25 som regulerer helse, angir at all behandling skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke. Behov for støtte til å ta beslutninger (”supported decision-making”) skal ivaretas i tråd med art. 12.

For en nærmere redegjørelse for betydningen av FN konvensjonen som et argument for å oppheve eller endre psykisk helsevernloven vises det til særuttalelse utarbeidet av ovennevnte tre medlemmer. Uttalelsen er inntatt i vedlegg 5 til rapporten.

Mot dette vises det så til velferdsstatens generelle ansvar for å beskytte sine borgeres helse og sosial velferd. Det er særlig menneskerettigheter til beskyttelse av borgernes frihet og selvbestemmelse som er av interesse ved vurderingen regler om tvang og behandlingsvilkåret. Menneskerettighetene har ikke bare til formål å beskytte mot inngrep fra myndighetene. I tillegg til å kreve at myndighetene respekterer sivile rettigheter som individuell frihet og personlig autonomi, forplikter også menneskerettighetene myndighetene til å sikre at rettigheten til den enkelte rent faktisk blir vernet og oppfylt.

Det vises til at Norge gjennom FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) har forpliktet seg til å anerkjenne individets rett til høyest mulige helsestandard både fysisk og psykisk, og til å treffe tiltak som sikrer alle nødvendig helsehjelp under sykdom, jf. artikkel 12. Etter artikkel 12 nr. 2 bokstav d skal de tiltakene konvensjonspartene treffer for å oppnå full realisering av denne rettigheten, blant annet omfatte tiltak som er nødvendige for å skape vilkår som sikrer alle legebehandling og pleie under sykdom. Denne rettigheten er knyttet opp mot behovet, og gjelder også når man ikke selv har innsikt eller vet at man trenger denne hjelpen.

I forarbeidene til nytt kap. 4A i pasientrettighetsloven fremgår at departementet fant det naturlig å se forslaget om de nye generelle tvangsreglene i det somatiske helsevern i dette perspektivet, selv om det dreier seg om personer uten samtykkekompetanse. I Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) kap. 4.7 fremgår: ”Gjennom reglane i pasientrettslova kapittel 4 og dei foreslåtte reglane i kapittel 4 A om helsehjelp til pasientar som yter motstand og manglar samtykkekompetanse, har samfunnet teke på seg ansvaret for at også menneske utan samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp, mellom anna i form av medisinsk behandling.”

Dette perspektivet når det gjelder betydningen av menneskerettighetene, er også lagt til grunn i Rundskriv IS- 10/2008 i forhold til de nye generelle tvangsreglene i pasientrettighetsloven kap 4A.

Selv om ØSK er av positivrettslig karakter og verken beskytter mot eller gir hjemmel for inngrep i den personlige frihet, kan det anføres at den må ha betydning for statens ansvar til å ha et regelverk som sikrer nødvendig helsehjelp, også i situasjoner hvor personen motsetter seg hjelpen pga sykdom. Det er videre lagt til grunn at å unnlate å gi helsehjelp kan krenke individets rett til ikke å bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling, jf. EMK art 3. Et slikt perspektiv på menneskerettighetene taler i retning av å beholde behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven.

Mot en slik forståelse av ØSK art. 12 er det anført at menneskerettigheter om rett til helse ikke kan benyttes som argument i en diskusjon om tvangsregler. Det vises til at fagmiljøer og helsemyndighetene har en tendens til å bake rettighetsbegrepet inn i argumentasjonen for ”nødvendig tvang”. Det er derfor viktig å være klar på at ØSK art. 12 ikke hjemler noen plikt til å underkaste seg en behandling man ikke ønsker eller tror på.

Det er, anføres det, viktig ikke å blande sammen begrepene rett og plikt. Lovgivning og konvensjoner som gir rettigheter til befolkningen må holdes adskilt fra tvangsdiskusjonen. Det vises til at retten til helse også innebærer ”frihet fra” inngrep. Dette er uttalt av FN’s ”Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, som skriver: ”*The right to health contains both freedoms and entitlement. Freedoms include the right to control one’s health, including the right to be free from non-consensual medical treatment and experimentation*” (32).

Videre vises det til at også ØSK-komiteen har understreket dette i sin General comments No. 14, paras. 8 and 34 (her referert fra FN’s spesialrapportør for torture (33)): ”(...) *the patient should have the possibility to reject treatment. The Special Rapporteur underlines the requirement of consent in this respect and recall that the Committee on Economic, Social and Cultural Rights interpreted article 12 of the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights to include “the right to be free from (...) non-consensual medical treatment and experimentation” and stresses that States had the obligation to refrain from applying coercive medical treatments, unless on an exceptional basis in line with applicable international standards*”.

At man ikke kan benytte rettighetslovgivning til å legitimere tvangsinngrep understøttes også av CRPD art. 12 og 25 om retten til fritt og informert samtykke, jf. omtale ovenfor.



### **8.5. Behandlingshensyn**

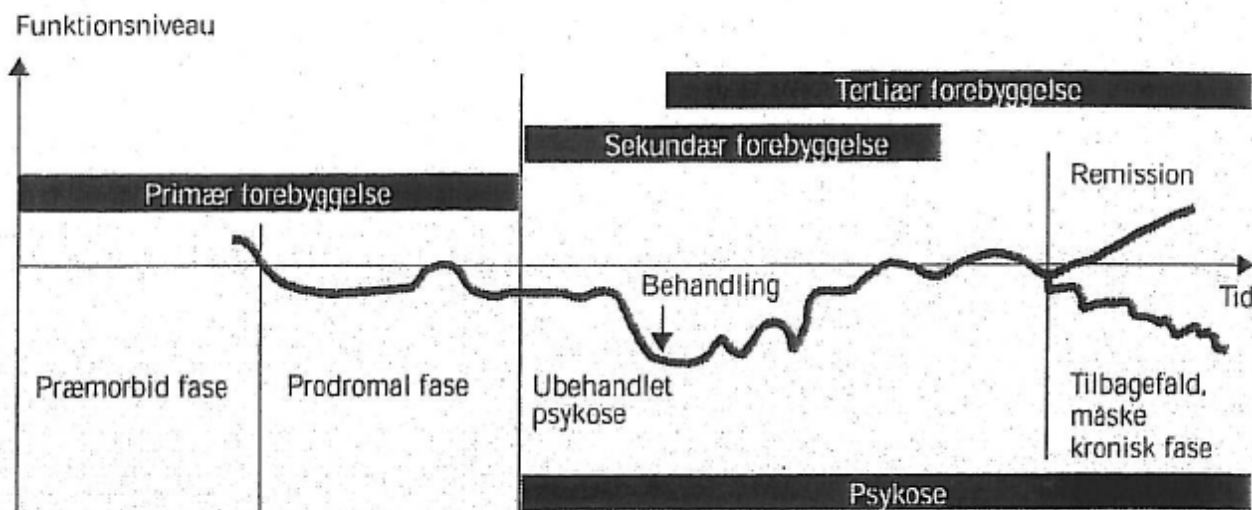
Fra et psykiatrifaglig ståsted anses det som svært uheldig å fjerne dagens behandlingstilstand. Argumentene for å beholde adgangen til å gripe inn på behandlingsindikasjon før det oppstår en faresituasjon er av både faglig og humanistisk karakter. Hovedbudskapet er at å vente med behandling til det oppstår en faresituasjon vil medføre at tilstanden blir langt alvorligere enn den trengte å være, at behandlingen blir mer omfattende og med mindre effekt, og at prognosen blir dårligere. Det vises også til den omfattende funksjonssvikten som særlig anses å være en svært alvorlig konsekvens av langvarig ubehandlet psykose.

En nærmere begrunnelse for behovet for behandlingstilstand krever en beskrivelse av hvilken pasientgruppe som omfattes, psykosesykdommene, deres prognose med og uten behandling, og de alvorligste konsekvensene av å unnlate å gripe inn med behandling. Dette vil omtales i det følgende.

Det store flertallet av innleggelse i det psykiske helsevernet er formelt frivillige innleggelse, og bruken av tvang ved innleggelse er knyttet til de alvorlige psykiske lidelsene. Pasienttellingen fra 2007 viser at av de tvangsinnlagte pasientene hadde 81 % en alvorlig psykisk lidelse i form av schizofreni, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander, mot 38 % av de frivillig innlagte pasientene. Det vises til omtale i kapittel 7.

Utviklingen av psykoser er et sentralt trekk både ved en schizofreni spektrum lidelse og ved manisk depressiv lidelse. Psykose eller stadier i en psykosesykdom er kjerneområdet for det juridiske begrepet "alvorlig sinnslidelse", som er hovedvilkåret for å anvende tvang. Det sentrale symptomet ved alle psykoselidelser er at den realitetstestende evne er svekket. I vurderingen av om vilkåret er oppfylt, ligger en vurdering av i hvilken grad pasientens nektelse skyldes sykdom eller ikke, og i hvilken grad pasienten forstår sin egen situasjon.

Det må skilles mellom første episode psykose (FEP) og mer tilbakevendende eller kronifiserte tilstander. Mange psykotiske tilstander oppstår og går over raskt, eksempelvis dersom de er utløst av en veldig sterk opplevelse eller bruk av rusmidler. I andre tilfeller utvikler psykosen seg over tid. Hvis en psykose varer over tid, kan det være tegn på en mer alvorlig tilstand, som schizofreni. Ordet schizofreni er hentet fra gresk og betyr "fragmentert sinn". Begrepet ble tatt i bruk for å beskrive at pasienter som utviklet denne lidelsen lider av en omfattende oppløsning av mentale prosesser.



Illustrasjon: Faser i utviklingen. Viser utviklingen av psykose og innslagspunkt hvor bruk av tvang kan være aktuelt. Bruk av tvang kan være aktuelt både i sekundær og tertiær fase, men ikke i primær fasen.

Psykose defineres gjennom ulike typer tegn og symptomer, som vrangforestillinger, hallusinasjoner eller kognitive forstyrrelser. Hallusinasjoner er feilaktige, men fullstendig realistiske, sanseopplevelser. De kan oppleves for alle fem sansekvaliteter, men det typiske er hørsel, syn eller kropp. Ved psykoser, og spesielt de schizofreneiforme, er det hørselshallusinasjoner som forekommer hyppigst. En typisk vrangforestilling kan være at man føler seg overvåket og forfulgt uten at det foreligger objektive tegn på at det er tilfelle. Det forekommer hyppig at mennesker med schizofreni opplever seg styrt av noe utenfor seg selv, for eksempel fra verdensrommet eller annet sted eller gjennom tekniske innretninger som noen har plassert inn i deres kropp. Andre "vanlige" opplevelser hos personer med de alvorligste schizofreneiforme psykosene er at andre kan lese tankene deres, sette inn tanker mv. En psykose medfører omfattende forstyrrelser av personens kognitive funksjoner.

En psykose innebærer at personen "mister seg selv" og kan fremstå som en utholdelig lidelse hvor symptomene gradvis overtar styringen over vedkommendes liv. En slik tilstand er svært destruktiv og forbundet med en høy selvmordsrisiko. Studier viser at en høy andel unge mennesker som kommer til behandling for sin første psykose har vært gjennom et eller flere selvmordsforsøk (34). En undersøkelse viste også at det syntes å være en høyere risiko for selvmordsforsøk ved første psykose episode, enn senere i forløpet (35). Schizofreni og manisk depressiv lidelse er forbundet med en markert høyere selvmordsfare. Mellom 4 og 13 % av dem som får en schizofrenidiagnose begår selvmord, og mellom 25 og 50 % gjør ett eller flere selvmordsforsøk (35). Behandling av psykiske lidelser har derfor en helt vesentlig plass i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk (36).

Psykosens innvirkning på personens kognitive funksjoner virker ødeleggende i forhold personens oppmerksomhet, hukommelse og evne til deltakelse både sosialt og i jobb- eller skolesammenheng. Dette medfører i sin tur at personen faller ut av jobb eller skole, mister venner og havner i konflikt med dem som forsøker å hjelpe. I tillegg til de belastningene som enn psykose medfører i form av hallusinasjoner og vrangforestillinger, vil mange derfor miste inntekt, bolig og sosial omgangskrets.

Erfaringsvis vil en psykotisk person ofte være uenig i at symptomene er et tegn på sykdom som trenger behandling. Personen vil ofte ikke ha tillit til omgivelsene og kan derfor være vanskelig å engasjere i et frivillig behandlingsløp. Sterk ambivalens er hyppig, og kan medføre at ønsker og beslutninger er lite konsistente og skifter raskt. Det vises bl.a. til at en side ved en schizofreniutvikling kan være personlighetsendring som medfører likegyldighet for egen persons behov, også de mest basale.

Tilstedeværelsen av et samtidig rusmisbruk vil ofte gjøre dette enda vanskeligere. Ved schizofreni varierer livstidsforekomsten av samtidig rusmisbruk med mellom 15 og 45 pst for narkotiske stoffer og 20-50 pst. for alkohol (37). Rusmisbruk er en kjent utløsende faktor ved psykose og bidrar også til å forsterke psykosen. Det er store utfordringer knyttet til behandlingen av pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk, og kombinasjonen gjør denne gruppen også mer utsatt for alvorlige medisinske komplikasjoner. De blir oftere akutt innlagt i sykehus og følger dårlig opp igangsatt behandling.

Tidlig intervensjon, og dermed kort varighet av ubehandlet psykose, ser ut til å gi bedre prognose og redusert selvmordsfare. Forskningsprosjektet TIPS hvor Norge har vært med (Rogaland og Ullevål sykehus) har bidratt vesentlig til kunnskapsutviklingen om dette. Også tidlig-intervensjonsforskning i Australia som er dokumentert av Olav Nielsén m. fl. viser betydningen av tidlig intervensjon og at forsinkelse kan få alvorlige konsekvenser (bl.a. mer omfattende og vanskeligere behandling, dårligere prognose, økt selvmordsrisiko, økt farlighet og mer stigmatisering).

Ved tidlig intervensjon kan en episode gis rask og effektiv behandling og man kan forhindre kronifisering der en episode ikke ville gå tilbake av seg selv. Ved riktig behandling av FEP kan man forvente betydelig tilbakegang av psykotiske symptomer hos 70-80 prosent av pasientene innen et år etter at behandling starter. Erfaringsvis etterlater gjentatte psykotiske episoder i mange tilfeller noe lavere fungering etter hver episode, og etter et individuelt antall psykoser, blir psykoseterskelen lavere og en permanent psykotisk tilstand kan bli stående. Det er derfor også viktig å fokusere på tilbakefallsfaren i tillegg til å behandle den psykotiske episode. Det er nå godt dokumentert at også mennesker med schizofreni får et forøket nevrøntap, slik det har vært kjent for langvarige depresjoner i mer enn 10 år.

Behandlingsvilkåret gjør det i dag mulig å gripe inn overfor psykotiske personer som på grunn av sykdom motsetter seg behandling, og å stanse utviklingen av et gradvis funksjonsfall på et tidligere stadium. Dette anses som avgjørende for å kunne hjelpe personen tilbake til et mest mulig normalt liv så raskt som mulig uten unødig lange institusjonsopphold.

### **8.6. Effekt av behandling og bruk av tvang**

Behandlingsvilkåret er begrunnet ut fra behovet for behandling og forutsetter at det finnes god og effektiv behandling for den aktuelle lidelsen, også når hjelpen gis ved tvang. Arbeidsgruppen har ulike oppfatninger av hvorvidt dette er tilfelle.

På den ene siden legges det til grunn til at behandling av psykisk lidelse, også med tvang, innebærer positive helsekonsekvenser for den enkelte.

Det vises til at det finnes et godt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig sinnslidelse (psykose/realitetsbrist) både i form av miljøterapeutiske, medikamentelle og psykoterapeutiske virkemidler. Også kognitiv trening er en aktuell behandlingsform ved

psykosser. Flere behandlingsformer angis å ha dokumentert effekt. Det vises bl.a. til en omfattende forskningslitteratur på feltet som viser at det er empirisk evidens for flere virksomme elementer i schizofrenibehandling: medikamentell behandling, psykoedukative (kunnskapsformidlende) opplegg som familiearbeid, og kognitiv terapi (37;38).

Det understrekes at tvang ikke er behandling i seg selv, men et virkemiddel for å nå frem med behandling. Det fremholdes at behandlingen er virksom uavhengig om den gis med tvang eller ikke. Dette har støtte i forskning hvor det i noen studier kan se ut til at tvang i behandlingen gir samme bedring av symptomer som hos dem som behandles frivillig. Kunnskapsgrunnlaget knyttet til effekten ved bruk av tvang på behandlingsresultatet er mangelfullt, men det er ikke grunnlag for å konkludere med at bruk av tvang svekker behandlingseffekten. Det vises til nærmere omtale i kap.7.

Da det er de kognitive funksjonene som svekkes hos personer med psykose, herunder personer med en schizofrenilidelse, er det viktig at behandlingsformene retter seg mot dette. Oppstart av medikamentell behandling kan være en nødvendig forutsetning for å kunne komme til med annen type behandling i form av psykoterapeutiske, psykoedukative og andre mestringsstøttende tiltak. Det finnes i dag et relativt stort utvalg av antipsykotika, noe som i motsetning til tidligere gjør det lettere å finne et medikament til den enkelte pasient som både har god effekt og samtidig lite bivirkninger. Det er en forutsetning at bruk av antipsykotisk medikasjon overvåkes nøye og gis i laveste effektive dose for å sikre best mulig effekt og med minst mulige bivirkninger.

Antipsykotisk medikasjon er forbundet med bivirkninger som all annen medikasjon (39). Noen antipsykotika er forbundet med en økning av triglyserider (fett), blodsukker og vekt. Generelt er dødeligheten hos personer med en alvorlig psykisk lidelse markert høyere enn i befolkningen for øvrig. Ved schizofreni er dødeligheten økt to-tre ganger. Den økte dødeligheten er hovedsakelig knyttet til hjerte- og karsykdommer og diabetes, men det er også en markert høyere selvmords- og ulykkesrisiko. Schizofreni i seg selv, uavhengig av livsstil og behandling, gir økt risiko for visse somatiske lidelser. Denne risikoen forsterkes av visse medikamenter og av flere uheldige sosioøkonomiske forhold og livsstilsfaktorer (røyking, rusmisbruk, dårlig kosthold). Personer med schizofreni vil i tillegg sjeldnere oppsøke og motta helsetjenester og følger dårligere opp anbefalt behandling. Samlet sett bidrar dette til økt dødelighet (40).

Som ved all annen medisinsk behandling må derfor nytten ved bruk av antipsykotisk medikasjon vurderes opp mot risikoen for skade på den enkelte. Det er fremhevet at medisiner aldri skal være eneste behandlingstiltak, men må integreres i en helhetlig modell avhengig av sykdommen. I en akutt fase ved psykose vil medikamentell behandling være en sentral del av behandlingen, sammen med miljøtiltak, trygging og kontakt. Antipsykotisk medikasjon må ha en virkningstid på mellom 6 og 8 uker for å få full effekt. Bruk av antipsykotisk medisin over tid må baseres på en god diagnostikk og følges opp korrekt i forhold til medikament, dose og varighet i henhold til en behandlingsplan. Somatisk helse må alltid følges opp, og ved bruk av noen midler er dette særlig viktig.

Det er vist til at det er et uttalt politisk mål at personer med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv i sin hjemkommune, kunne bo i en egen bolig og delta sosialt og i arbeidslivet. For personer med en alvorlig psykisk lidelse er bruk av medikamenter ofte en nødvendig forutsetning for å få dette til.

På den andre siden påpekes at det ikke kan legges til grunn at bruk av tvang i behandlingssammenheng er et gode for pasienten, eller uten betydning for virkningene av behandlingen. Det har fremkommet opplysninger om at bruk av tvang kan føre til negative helsekonsekvenser, og innebærer et potensial for skade og krenkelser.

Et sentralt argument er at det i dag ikke finnes sikker kunnskap om effekten ved bruk av tvang på behandlingsresultatet, heller ikke om bruk av tvang gir et bedre behandlingsresultat enn om man hadde unnlatt å bruke tvang.

Det fremholdes videre at medikamenters plass i det samlede behandlingsopplegget, og adgangen til tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven § 4-4, er en viktig årsak til dagens motstand mot behandlingskriteriet. Det er et hyppig tema fra brukersiden hvor det gjerne fremholdes at medikamenter har en for stor plass og at medikamentell behandling ofte er et vilkår for øvrige tilbud som kunne vært et alternativ til denne.

Det bemerkes at ved å sette bruk av medikamenter som en forutsetning, om nødvendig ved bruk av behandlingskriteriet, har det psykiske helsevern skjøvet muligheten til å bygge opp alternative tilbud uten medikamenter til denne pasientgruppen i bakgrunnen. Ved å ta i bruk modeller for støtte og oppfølging kan man oppnå at mennesker med psykoseproblematikk kan finne andre mestringsstrategier, og kan få et verdig liv uten å tvinges til å ta medikamenter mot sin vilje.

Som et argument mot tvangsmedisinering hevdes også at det faglige fundamentet for å benytte legemidler mot psykisk lidelser er svakt fundert. Det erkjennes at antipsykotisk medisinering har virkninger, men at positive virkninger ser ut til å være begrenset og det er betydelige bivirkninger og individuelle variasjoner i responsen.

Det fremholdes at psykiatriens biologiske modeller, som ”biokjemisk ubalanse i hjernen”-teorier o.a., baseres på rene hypoteser, og det er ikke mulig i klinisk praksis å påvise fysiologisk patologi knyttet til de spesifikke psykiatriske diagnosene. Videre at man ikke har funnet noen sikre ”avvik” ved hjernene til mennesker med psykiske lidelser, verken biokjemisk, anatomisk eller funksjonelt (41). Når psykiske lidelser ikke kan anses som rent medisinske tilstander, undergraves derfor også begrunnelsen for å gi legemidler.

Til denne påstanden om fravær av dokumentasjon av fysiologisk patologi anføres av andre at det tvert imot finnes godt belegg for å si at det foregår strukturelle endringer i hjernen før og etter sykdomsdebut, i hvert fall ved schizofreni (42).

Et annet viktig argument mot tvangsmedisinering er bivirkninger og negative konsekvenser. Det vises her til opplysninger om skadevirkninger (43-46), økt dødelighet/reduert levealder (44;47;48) og utvikling av avhengighet (49). Professor i klinisk farmakologi Ivar Aursnes har uttalt at bruk av antipsykotika over tid skader hjernen, fører til celledød i hjernen, og øker dødeligheten blant brukerne, og at dødeligheten mer enn dobles for hvert antipsykotikum som legges til pasientens medikamentliste. Sammenstilling av langtidsstudier har vist at det gikk dårligere med pasienter som hadde fått antipsykotika sammenlignet med kontrollgruppene (50).

Når det gjelder tilbakefallsforebyggende behandling med nyere antipsykotiske medisiner for mennesker med schizofrenidiagnose, vises det til en sammenstilling i American Journal of Psychiatry av forskning som viser at 84 % av forsøkspersonene som fikk

tilbakefallsforebyggende medisinerer unngikk tilbakefall, mens 67 % unngikk tilbakefall i placebogruppen (51). Det anføres at adgangen til tvungen vedlikeholdsbehandling i form av tvang uten dogn med depot-medisinerer blir problematisk i lys av slike forskningsfunn. Det er hevdet at denne forskningen er et argument for at et fullt ut medikamentfrivillig rehabiliteringstilbud etter psykose bør være normen. Mot dette kan det anføres at forskningen derimot viser at et mangfold av faktorer vil spille inn for et vellykket behandlingsresultat, ikke medisiner alene. Det er også anført at konsekvensene av tilbakefall er svært negative for den enkelte, jf. pkt. 8.5.

Store hospitalundersøkelser fra flere land om langtidsforløpet ved schizofrenidiagnose viser at langtidsforløpet ved schizofreni var langt bedre enn fagfeltet hadde lagt til grunn på den tiden. Videre greide ikke forskerne å identifisere de tiltak eller elementer i behandlingstilbudet som var effektive for å skape det beste forløpet (52). En kvalitativ svensk undersøkelse av 30 mennesker som hadde hatt langvarig institusjonalisering, og som etter det hadde kommet i betydelig bedring og fått et godt eller nokså godt forløp, tydet på at det var et mangfold av faktorer som spilte en rolle for bedringsprosessene, og at medikamenter, psykoterapi, eller institusjonsbehandling spilte en langt mindre rolle for dette enn det som har vært gjengs oppfatning i fagfeltet (53). På denne bakgrunn fremholdes at behandlingen som i dag i praksis tilbys under tvang ikke er strengt nødvendig for å oppnå det beste forløpet ved en alvorlig psykisk lidelse, noe som gjør dagens lovgivning om tvang problematisk.

### **8.7. Omfang av tvang og variasjoner i klinisk praksis**

Tall fra ulike studier de siste årene har indikert at omfanget av bruk av tvang i Norge har ligget stabilt høyt sammenlignet med andre land i Europa, selv om det er vanskelig å sammenligne bruk av tvang mellom ulike land på grunn av forskjeller i lovverk, offentlig statistikk, samt organisasjon og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenesten (54). Videre er det påvist store geografiske forskjeller når det gjelder all bruk av tvang i psykisk helsevern mellom institusjoner og regioner i Norge uten at dette kan forklares ut fra pasientgrunnet (14).

De høye tvangstallene og særlig data om geografiske variasjoner peker i retning av at tvang benyttes i for stor utstrekning og på en vilkårlig måte.

Det kan være mange ulike årsaker til omfang og geografiske variasjonene. Mulige forklaringer fremsatt fra psykiatrifaglig hold (55) på de høye tvangstallene er at tjenesten ikke bruker nok tid på å motivere pasientene til samarbeid. Det vises til at svært få pasienter blir akutt syke og det er regelmessig god tid til å planlegge aktuelle tiltak i samråd med pasienten. En annen forklaring er at tjenestene ikke er tilstrekkelig tilgjengelige, og at vedkommende ikke har fått et tilbud før situasjonen kom ut av kontroll. Det er også påpekt at det noen steder forekommer utstrakt bruk av rutinemessig tvang, dvs. at akuttavdelinger kun tar imot psykotiske pasienter under tvang, uavhengig hva pasienten selv ønsker.

Når det gjelder geografiske variasjoner er en mulig forklaring ulike tradisjoner ved de forskjellige institusjonene, og at det kan være en sammenheng mellom asyltradisjon og kultur på de ulike institusjonene og tvangsbruk. I rapporten "Bruk av tvang i psykisk helsevern" (14) fremgår tall for antall tvangsinnlagte fra de ulike helseforetakene. Analyser av disse tallene tyder på at institusjonshistorikk kan samvariere med antall tvangsinnlagte per innbygger fra opptaksområdet (56). Denne analysen peker på at fra områder der det har vært

tradisjonsbærende psykiatriske institusjoner, er det tendens til at en større andel av befolkningen er tvangsinnlagt.

En annen forklaring på variasjonene kan være at inngrepskriteriene i loven er skjønnsmessig utformet med rom for mye faglig skjønn, uten at de faglige vurderinger samtidig er underlagt en faglig kontroll eller andre mekaniser for å sikre en mer ensartet praksis. Dette er et problem i forhold til krav til forutberegnelighet, rettssikkerhet og likhet i praktiseringen. Faglig skjønnsutøvelse er også vanskelig å overprøve rettslig, noe som gjør rettsikkerheten lav. Det anses også å være en fare at for vide skjønnsfullmakter kan åpne for at administrative hensyn settes foran pasienten behov.

Det vises til at en kartlegging av bruk av tvangsinnleggelse ved innleggelse foretatt ved Psykiatrisk legevakt i Oslo viste variasjon mellom de psykiatere som vurderer pasienter i forhold til tvangsvilkårene og behovet for tvang. Dette blir fra leder ved Psykiatrisk legevakt forklart ved at psykiatere er sosialisert inn i ulike kulturer og har ulike forståelse av regelverket, og at mye handler om bevisstgjøring hos den enkelte psykiater (57).

### **8.8. Utvikling av alternativer til tvang**

Det er en bekymring at tvangsreglene i psykisk helsevernloven og dagens bruk av behandlingsvilkåret kan være til hinder for en faglig utvikling av alternative behandlingsformer basert på mer brukerinvolvering, både ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Det er videre stilt spørsmål ved om tvangsadgangen kan bidra til å dekke over systemsvikt i det psykiske helsevernet og til å underbygge og vedlikeholde en negativ behandlingkultur.

En begrunnelse for ønsket om å fjerne behandlingsvilkåret er at det psykiske helsevernet på denne måten vil bli tvunget til å tenke nytt og til å løse situasjoner og behandlingsoppgaver på en annen måte enn i dag. Det finnes flere eksempler på at de steder som har begynt å tenke nytt har fått utslag for tvangstallene knyttet til etablering.

Et eksempel er en studie (58) som beskriver omleggingen og erfaringene ved innføring av *brukerstyrte krisesenger* i en sengepost ved Jæren distriktpsikiatriske senter, særlig med tanke på endringer i innleggelsesmønsteret og bruk av tvangsinnleggelse. En «kriseplass» er her et tilbud som sikrer lett adgang til institusjonsplass ved forverring av lidelsen. Bakgrunnen for ordningen var at helsetjenestetilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser var kritisert for manglende fleksibilitet, for mye tvangsbruk og for lite brukervedvirkning.

Ved en sengepost for rehabilitering av schizofrene pasienter i et distriktpsikiatrisk senter ble to av 11 senger omgjort til kriseplasser. Etter en kontraktfestet avtale fikk pasienter som var kjent ved avdelingen, rett til å benytte disse plassene uten å måtte gå om primærlegen. Kriseoppholdets varighet var på inntil fem døgn med en karenstid på 14 dager mellom hvert opphold. Hos de 18 første pasientene som hadde avtale i minst ett år, ble innleggelsesprofil og bruk av tvangsinnleggelse registrert og sammenliknet med tilsvarende tidsperiode umiddelbart før avtalen om kriseplass. Resultatene viste at innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33 %. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Gjennomsnittlig benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år, og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn.

Studien viste at ved å etablere en avtale med pasienten og senke terskelen for innleggelse økte pasientens autonomi og trygghet. Videre at økt tilgjengelighet gir et lavere sengeforbruk, og at

det at det er mulig å oppnå et samarbeid om innleggelse med brukere med alvorlig psykisk lidelse.

Også erfaringer ved bruk av *ambulante akutteam* viser at man ved å innrette tjenestene på en annen måte kan redusere behov for tvangsinnleggelse, og kan gjøre akuttinnleggelse mindre krenkende for både pasient og pårørende. Som eksempel viser erfaringen fra DPS Vinderen, enhet for Akutteam og Avlastning at flere faktorer er viktige for å øke bruken av frivillige alternativer. Aktuelle faktorer som trekkes frem er informasjonsarbeid på ulike nivåer, gode samarbeidsrutiner og behandlingsnettverk, individuell plan og kriseplan, privat nettverk som deltaker og ressurs, tilgjengelige lavterskeltilbud, tid, kreativitet og fleksibilitet, samt bevissthet på hva som kan redusere opplevelsen av krenkelse ved bruk av tvang.

En innretning av tjenesten som gjør denne lettere tilgjengelig kan også bidra til at innleggelse kan skje på en mer skånsom måte. Det vises som eksempel til erfaringer fra evaluering av Akutteamet og Avlastningsenheten ved DPS Vinderen. Det fremkom her at 31,7 % av de pasientene som ble tvangsinnlagt ved akuttposten på Vinderen ble ledsaget av politi, mens tallene for Lovisenberg og Aker var henholdsvis 49,4 % og 62,5 %. Forskjellen er statistisk signifikant. De to andre sektorene hadde ved undersøkelsestidspunktet ikke ambulante akutteam. Ved 5 av innleggelserne ble pasienten ledsaget av personale fra akutteamet, og ved ingen av disse tvangsinnleggelserne var det behov for politi. Disse funn kan tyde på at dette er en modell som kan senke behovet for at politiet ledsager ved innleggelse til akuttavdeling. Dermed vil tvangsinnleggelsen vil kunne oppleves som mindre krenkende.

Det kan også vises til erfaringer ved såkalte *Assertive Community Treatment teams* (ACT team). Ambulant langtidsbehandling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og eventuelt tilleggsproblematikk, som for eksempel langvarige psykoser, er ansett effektiv og hensiktsmessig. Denne modellen prøves ut i Mosseregionen, og er godt utprøvd i andre land, som England (59).

Når det gjelder bruk av tvang under gjennomføring av psykisk helsevern, viste prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT-prosjektet) (60) at fokus på arbeidsformer og alternativer får betydning for tvangsbruk. Ved BAT-prosjektet satte akuttposter ved seks sykehus fokus på tvangsbruk. Akuttpostene arbeidet gjennom lokale prosjekter for en bevisstgjøring, og for å se alternativer til tvang i sykehus. En erfaring fra prosjektet er at personalet oppgir å ha sett økte muligheter til alternativer til tvang og sier de i større grad har sett nytten av en alternativ tilnærming. Det er imidlertid også fremholdt at BAT-prosjektet har fått mindre betydning enn forutsatt når det gjelder tvangsreducerende arbeid.

Som et argument for å fjerne behandlingstvilkåret er det fremhevet som vesentlig at det skjer en videre utvikling av tjenestene i retning av alternative fremgangsmåter og tiltak for å øke frivillighet og redusere unødvendige og traumatiserende innleggelse fortsetter, samt tvangsbruk på og utenfor institusjoner. Det er positivt at det i statsbudsjettet for 2009 foreslås en økt satsing på ACT-team. Det påpekes imidlertid at også lovendringer kan være nødvendig for å sikre at tjenestetilbudet utvikler seg i ønsket retning.

### **8.9. Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser**

Psykiske lidelser er tradisjonelt forbundet med fordommer og stigma. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse er det satset på informasjonstiltak for å bidra til økt



åpenhet og kunnskap om psykiske lidelser og redusert stigma. Befolkningen synes å ha fått økt kunnskap om psykiske lidelser de siste årene og rapporterer økt åpenhet når det gjelder å snakke om egne problemer. På tross av dette synes det fortsatt å være en rekke fordommer knyttet til psykiske lidelser.

På denne bakgrunn er det fremholdt at dersom psykisk helsevernloven kun skulle inneholde et farevilkår som begrunnelse for tvangsværn vil det kunne forsterke en tendens i samfunnet til å sette likhetstegn mellom alvorlig psykisk lidelse og farlighet. Dette vil kunne medføre økt stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser. Det vil igjen kunne medføre økt belastning for en gruppe mennesker som allerede har mange utfordringer på ulike livsområder, og vil også kunne vanskeliggjøre den normaliserings- og integreringsprosessen som har vært igangsatt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. Ikke minst kan dette særlig ramme unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Behandling som begrunnelse for en tvangsinnleggelse er mer positivt ladet og er ikke på samme måte stigmatiserende.

Det påpekes at det også i dag ligger et stigma, og en diskriminering, i det å knytte farlighet sammen med psykisk lidelse slik det er gjort i psykisk helsevernloven. Det har på denne bakgrunn blitt foreslått at eventuelle "farekriterier" som grunnlag for frihetsberøvelse i lovgivningen bør være uavhengige av psykiatrisk diagnose, og i stedet baseres på konkrete vurderinger av farlighet, bl.a. ut fra tidligere handlinger og atferd, og være allment gjeldende for alle. Det er vist til at dette prinsippet er lagt til grunn i den nye FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse (61).

Det fremholdes videre at stigmatiseringsproblematikken ikke bare anses knyttet til farekriteriet, men også til at det finnes en egen lov for mennesker med psykiske lidelser, hvor frihetsberøvelser baseres på faktisk eller påstått funksjonsnedsettelse. Psykisk helsevernloven med grunnvilkåret "alvorlig sinnslidelse", koblet sammen med tilleggsvilkårene (både behandlingvilkåret og farekriteriet) anses diskriminerende og bidrar til stigmatisering. Det foreslås derfor fra noen at hele særloven bør fjernes. Det vises i denne sammenheng til en ny rapport til FNs menneskerettighetsråd, hvor FNs høykommissær for menneskerettigheter presiserer at lovverk som hjemler frihetsberøvelser basert (helt eller delvis) på mentale eller andre funksjonsnedsettelse må avskaffes; "(...) *the legal grounds upon which restriction of liberty is determined must be **de-linked** from the disability and neutrally defined so as to apply to all persons on an equal basis*". (62).

Det er videre påpekt at stigmatisering og fordommer knyttet til psykiske lidelser også forekommer innen helsetjenesten. Det vises også at enkelte psykiatriske diagnoser, kanskje spesielt "personlighetsforstyrrelser" og "schizofreni", for mange pasienter fungerer som sterkt stigmatiserende merkelapper. Videre medvirker også nedvurderende personkarakteristikker som for eksempel "dårlig tilpasningsevne", "avvikende tankegang og væremåte" osv., til å sette mennesker i negative båser, fremmedgjøre og bygge opp fordommer. En egen tvangs- og særlov for mennesker med psykiske lidelser understøtter også fordommer og en "vi" og "de andre" tankegang.

## **8.10. Brukererfaringer**

Bruk av tvang kan medføre en fare for behandlingsalliansen og bidra til å skyve personer bort fra helsetjenesten. Forskning viser imidlertid at dette ikke nødvendigvis vil skje. I kap. 7.4.1 omtales pasientens syn på innleggelse i døgnavdeling. Som det fremgår her varierer andelen

som finner innleggelsen berettiget eller nødvendig fra 33 til 75 %, men i de fleste av studiene som er gjennomgått er andelen pasienter som mener tvangen er berettiget over 50 %.

På spørsmål om innleggelsen har vært til hjelp, varierer andelen som mener dette mellom 39 og 81 %, men grovt sett rapporterer majoriteten av tvangsinnlagte at de er fornøyd med behandlingen. Samtidig svarer ca. halvparten eller under halvparten at de ønsker tilsvarende behandling om de på nytt skulle komme i samme situasjon.

Synet på tvangsinnleggelse ser ut til å bli mer positivt med tiden, selv om opplevelsen av å ha blitt utsatt for tvang holder seg stabilt. De som er tvangsinnlagt, er gjennomgående mindre fornøyd med behandlingen enn frivillig innlagte, og i ulike studier rapporteres at omtrent halvparten av tvangsinnlagte pasienter opplever at de har vært utsatt for krenkelsesforbindelse med oppholdet i ulike studier. Det fremholdes at dette må anses som en alvorlig understreking av at det foreligger en svikt i dagens psykiske helsevern.

Intervju med akuttinnlagte pasienter i Norge indikerer også at pasienter er mer opprørt over det negative presset og den tvangen som er utøvd utenfor sykehuset i forbindelse med innleggelsesprosessen, sammenliknet med følelsen av overgrep ved å være tvangsinnlagt ved sykehuset (63).

Også klinisk erfaring bekrefter at alvorlig psykisk syke pasienter ofte i ettertid ser nødvendigheten av at samfunnet og pårørende har intervenert og sikret nødvendig helsehjelp, og på denne måten reddet liv og gitt muligheten til funksjonsbedring, bedret livskvalitet og mulighet for rehabilitering.

Når det gjelder pasienttilfredshetsundersøkelser knyttet til tvang er det i gruppen tatt opp en del problemstillinger rundt metodekritikk til deler av eksisterende forskning. Det påpekes at *i hvilken situasjon* pasientene blir spurt, om de fortsatt er i en tvangssituasjon eller i (opplevd) fare for å bli underlagt tvang igjen, kan påvirke hvordan det svares på fornøydhet med behandlingen og behovet for tvang. *Hvilket tidspunkt* det spørres kan også ha betydning, både i forhold til påvirkning av medikamenter og avstand til opplevelsen og fortsatt fare for tvang. Undersøkelser foretatt i forbindelse med utskrivning er et tydelig eksempel på hvordan tidspunkt og situasjon kan påvirke svarene som gis. *Hvem som spør* kan også være avgjørende, i forhold til avhengighet, tillit og ønske om ikke å såre. *Hva det spørres om* og hvem som har laget spørsmålene kan også ha betydning for resultatet, for eksempel om det er stilt åpne eller lukkede spørsmål. Det er bemerket at det finnes lite forskning som har involvert mennesker med erfaringskompetanse i utformingen av spørsmål. Det opplyses at mange pasienter beskriver et motsetningsfylt forhold til både hjelpeapparatet og behandlere/personale. En tvangsinnleggelse kan inneholde både sterke elementer av krenkelse/overgrep, samtidig som det også kan være elementer av hjelp og omsorg. Denne kompleksiteten anses dårlig ivaretatt i mange undersøkelser og forskning. På denne bakgrunn fremholdes at det er vanskelig å vite hva pasientene faktisk har svart på, og i hvor stor grad det gis et riktig bilde.

Når det gjelder ulike typer studier, er det videre påpekt at kvalitative studier ofte omfatter et lite antall respondenter, og innenfor psykiatrifeltet domineres av negative konklusjoner (64). Kvantitative undersøkelser, som ofte måler folks tilfredshet med ulike tilbud, viser derimot langt mer positive resultater. Disse undersøkelsene, som det finnes mange varianter av, opererer gjerne med tilfredshetsrater på 80-90 prosent. Sørgeard peker på at i kvantitative brukerundersøkelser, hvor respondentene ofte blir bedt om å rangere tilfredshet på såkalte Likert-skalaer, velger folk gjerne midt-på-skalaen-svar. Ved vurderingen av disse resultatene

må det også tas høyde for at tilfredshet kan være nært knyttet til forventninger. Psykiatriske pasienter kan ha en viss grad av selvstigmatisering og justerer forventningene i forhold til hva man kjenner seg fortjent til.

Sentralt i argumentasjonen mot behandlingstvilkåret fra et brukerståsted står den etter hvert omfattende kunnskap og dokumentasjon man har fått om negative konsekvenser for enkeltpersoner av tvangsbruk (26;65-70). Viktige funn er at tvang forhindrer brukermedvirkning og forårsaker traumer og krenkelser (71;72). Det vises bl.a. til en undersøkelse hvor 69 prosent av tvangsinnlagte og 36 prosent av frivillig innlagte følte seg krenket i forbindelse med innleggelse (72). Videre anses misnøye med den behandlingen de får å være den viktigste enkeltfaktoren som gjør at pasienter ikke vil ha kontakt med psykisk helsevern.

Også fra psykiatrifaglig hold har det vært rapportert erfaringer om at for mye tvang undergraver tilliten til helsetjenesten og fører til motsetninger mellom den som trenger hjelp og den som skal hjelpe (55).

Historier fra pasienter og pårørende er ofte vitnemål om tvangsinngrep som oppleves urettmessig, nedbrytende og helseskadelig. Det fortelles om bruk av reimer, håndjern, fotlenker og transportbelter, om langvarige frihetsberøvelser og sosial isolasjon, om skadevirkninger av tvangsmedisinering, om elektrosjokk gitt uten innformert samtykke, om integritetskrenkelser, om nedverdiggende og traumatisk behandling, om maktovergrep og avmakt, og om en følelse av å være rettsløs. Det er opplyst at tvangens undertrykkende karakter gjør det vanskelig å kunne skille mellom samarbeid og behandlingsallianse, og tvang og underkastelse.

På bakgrunn av den dokumentasjon som foreligger om negative konsekvenser for enkeltindivider som utsettes for tvang, sett opp mot den mangelfulle dokumentasjonen av positive effekter for pasientene, er det stilt spørsmål ved om tvangshjemler og tvangsinngrep som begrunnes i pasientens "behandlingsbehov" og "eget beste" kan forsvares.

Videre er det i denne sammenheng også stilt spørsmål ved om det kan forsvares å gjøre unntak fra grunnleggende menneskerettigheter, som retten til frihet og retten til respekt for privatliv, under påberopelse av behov for "nødvendig helsehjelp" (beskyttelse av helse), når man ikke har kunnskap om konsekvensen av tvangsinngrepene, ikke vet om tvangsinngrepene fører til helseskader, og heller ikke kan forankre påstanden om behandlingsbehov i objektive, målbare, medisinske kriterier.

### **8.11. Pårørendeperspektiver**

Pårørende rollen er en omsorgsrolle. Mange pårørende er fortvilet når man til slutt må erkjenne at deres familiemedlem har en alvorlig sinnslidelse. Det har ofte ikke vært mulig for familien å få vedkommende til å oppsøke eller ta i mot helsehjelp, eller henvendelser som er blitt gjort før situasjonen ble kritisk har ikke resultert i adekvat hjelp på et tidlig tilstrekkelig tidspunkt. Det er i denne situasjonen av maktesløshet og krise at de pårørende ofte henvender seg til helsemyndighetene for å få hjelp til sitt familiemedlem. Barn som er pårørende til psykisk syke er i en spesielt vanskelig situasjon. Pårørende til innvandrere har i tillegg både språk-problemer og kulturforskjeller som gjør deres situasjon enda mer komplisert. I noen kulturer er også psykisk sykdom enda mer stigmatiserende enn hos oss.

Også etter Opptappingsplanen opplever mange pårørende at det er vanskelig å få hjelp til sine pårørende i akutte kriser og ved alvorlig sinnslidelse generelt. Både Riksrevisjonens rapport i desember 2008 og Helsetilsynets rapport nr 8/2007 bekrefter at det er dem som har trengt hjelp mest, som har kommet dårligst ut under Opptappingsplanen. Dette er en situasjon som forårsaker store belastninger for de pårørende, som ofte er dem som sitter igjen med tunge omsorgsoppgaver.

Når de pårørende først tar kontakt med helsemyndighetene, er det som regel behov for hjelp raskt, fordi man i det lengste har forsøkt å løse dette innen familien. Det finnes i dag fortsatt ikke godt nok utbygget lavterskel tilbud eller alternative behandlingsformer. I faser av sykdomsforløpet vil noen i gruppen av de alvorligst syke heller ikke kunne nyttegjøre seg slike tilbud, da de ikke innser eget behov for behandling. I denne situasjonen er tvang ofte den eneste utvei for de pårørende. Men dette er siste utvei, da ingen ønsker å utsette et familiemedlem for tvang.

Mange pårørende opplever bruk av tvang som svært belastende, og sitter igjen med ulike negative erfaringer. Særlig belastende er de situasjoner hvor man opplever at behandlingen og tvangsvernet ikke har bidratt til bedring, men tvert i mot har fått negative konsekvenser for familiemedlemmet. De pårørende kan da oppleve å få dårlig samvittighet for tvangsbruk og medvirkning til dette. Samtidig anses tvangsinnleggelse ofte som eneste alternativ – både for å slippe en uutholdelig situasjon, men også som en konsekvens av mangelen på forebygging og frivillige tilbud. Tvang blir i denne situasjonen den eneste muligheten pårørende ser. På denne måten kan pårørende tvinges til å medvirke til tvang de i utgangspunktet ikke ønsket.

Det er enighet i Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) om at tvangen må reduseres og at krenkende tvang må unngås. Hvordan tvangen gjennomføres, kan også spille en viktig rolle for om tvangen oppleves som krenkende.

Det er derimot ulike oppfatninger blant pårørende når det gjelder tvangens og behandlingstvilkårets berettigelse, og hvilke tiltak som er nødvendig for å bedre situasjonen for å unngå krenkelser i fremtiden.

Et enstemmig landsstyre i LPP mener at det er praksisen og holdningene mange steder innen det psykiske helsefeltet som må endres, og ikke nødvendigvis lovverket. Landsstyret ser det nødvendig at lovanvendelsen og praksis kvalitetssikres for å unngå unødvendig tvang, men ser ikke grunnlag for å oppheve behandlingstvilkåret. Landstyret understreker at begrunnelsen for å opprettholde behandlingskriteriet er ikke først og fremst å avlaste de pårørende, men å hjelpe et familiemedlem som har et behandlingsbehov for sin alvorlig psykiske lidelse. Styret tror at flere vil gå til grunne eller til slutt måtte tvangsinnlegges pga av fare for eget eller andres liv og helse, hvis behandlingskriteriet fjernes. En gruppe landstyret særlig er bekymret for, er dem med dobbeldiagnose rus og psykiatri. Styret mener at det mest påtrengende innen psykisk helsevern er å sikre oppfyllelse av den satsing som har skjedd gjennom Opptappingsplan og sørge for at dette ikke bare blir fine ord, men at praksis på sykehus, legekontorer og i kommuner virkeliggjør de grunntanker og holdninger som er fremmet ved dette arbeidet.

Det finnes også pårørende som ser behov for andre løsninger. Bjørg Njaa (leder av Menneskerettighetsutvalget i LPP) mener at det må en lovendring til for å oppnå ønsket reduksjon av tvang. Opprettholdelse av dagens rettslige situasjon gir ikke svar på problemene. Konsekvensene av dagens situasjon med krenkelser tas ikke nok på alvor. Sentralt i denne

sammenhengen står det voksende omfang av erfaringsbasert dokumentasjon om krenkelser og overgrep ved bruk av tvang. Disse krenkelsene anses legitimert gjennom dagens regelverk og behandlingstvilkåret. Et annet sentralt argument er at det ikke finnes forskningsbasert kunnskap om at bruk av tvang i behandlingssammenheng har positiv effekt. Når kun krenkelsen står igjen, og et godt behandlingsresultat mangler, anses det ikke som et godt alternativ å opprettholde en vid tvangsadgang ved dagens behandlingstvilkår.

Mange pårørende er selv utslitt og har behov for hjelp. Noen pårørende har store problemer med å klare sin egen arbeidssituasjon og mange pårørende er blitt uføretrygdet helt eller delvis på grunn av den vanskelige familiesituasjonen. Pårørendes egen belastende situasjon gjør at de lett kan "drukne" i eget slit, fortvilelse og redsel - noe som gjør det vanskelig å ta inn over seg krenkelser og overgrep mot hjelpetrequende mennesker i egen familie. I et slik perspektiv bør følgende spørsmål stilles: Med hvilken rett kan pårørende bidra til frihetsberøvelse og tvangsbehandling med utgangspunkt i egen belastende situasjon?

Dette medlem av arbeidsgruppen mener at pårørendes egen belastende situasjon ikke kan være et argument for å opprettholde en tvangslovgivning som legitimerer krenkelser mot egne barn, søsken og foreldre. Pårørendes redsel for at "deres pasient" skal gå til grunne må tas på alvor, men da må det i stedet satses på en helt annen strategi for å utvikle et verdig og omsorgsfullt tilbud for mennesker med psykiske lidelser, og dermed et bedre liv også for pårørende. En alternativ strategi for et behandlings- og tjenestetilbud må være basert på verdighet, omsorg og autonomi. Den må ta utgangspunkt i pasientens ønsker når det gjelder behandling og framtidige liv, og en sterk satsing på frivillige alternativer. Den må være basert på respekt for menneskerettigheter, internasjonale rettstandarder og utvikles i tråd med den nye FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse. En slik strategi krever større lovendringer, som fjerning av behandlingskriteriet og på sikt hele psykisk helsevernloven.

Det vises til nærmere omtale i pkt. 9.2, og særuttalelse inntatt i vedlegg 5 fra representantene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa.

### **8.12. Samfunnsperspektiver**

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) har hatt som mål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for personer med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser skal kunne bo i sin hjemkommune og motta de kommunale tjenestene de trenger i form av bolig, meningsfylte daglige aktiviteter, kultur og fritidstilbud, og gode allmennhelsetjenester og sosialtjenester. Det psykiske helsevernet har ansvaret for å yte spesialisert behandling til de som trenger det. Som en konsekvens av disse målsetningene er det bygd opp et tjenestetilbud for personer med psykiske lidelser i kommunene, og et desentralisert tilbud innenfor det psykiske helsevernet gjennom distriktpsikiatriske sentra.

Fra en situasjon der "de sinnslidende" ble sperret inne av hensyn til lokalmiljø og samfunn, lever nå de fleste personer med psykiske lidelser i en kommune. Normalisering, økt åpenhet og toleranse omkring psykisk lidelser har derfor vektlagt fra nasjonale politiske myndigheter. På tross av en målsetning om økt toleranse og åpenhet, og en tendens i befolkningens holdninger i denne retningen (73), forekommer fortsatt isolasjon, utstøting og ensomhet, og utgjør en risiko for ytterligere psykisk uhelse og redusert livskvalitet for personer med psykiske lidelser.

Personer med en alvorlig psykisk lidelse vil oppleve episoder med tilbakefall og kan ha et stort hjelpebehov. Samtidig vil en del ikke ønske eller greie å nyttiggjøre seg av de nødvendige tilbudene i kommunen og det psykiske helsevernet. Resultatet for en del av disse personene vil være en svært belastende livssituasjon og uverdige levekår. I tillegg til de negative effektene dette har for den enkeltes helse og livskvalitet, vil det også være en belastning for nærmiljøet og eventuelle pårørende. Deinstitusjonaliseringen av behandlingen av personer med psykiske lidelser representerer slik sett en ny utfordring for samfunnet og tjenestene, og stiller store krav til den oppfølgingen som gis.

I dag gjør behandlingstvilkåret det mulig å gripe inn overfor personer med en alvorlig psykisk lidelse før konsekvensene i forhold til egen og andres livssituasjon blir for alvorlig, jf. kapittel 8.5. Ved å fjerne behandlingstvilkåret vil terskelen for å gripe inn bli betraktelig hevet og kunne medføre betydelige belastninger for helse og levekår både for den enkelte, familien og for nærmiljøet.

### **8.13. Politiets perspektiv**

Fra politiets ståsted er det en bekymring at de uten et behandlingstvilkår kan måtte håndtere psykisk syke i langt større utstrekning enn i dag, noe som anses veldig uheldig.

Politiet håndterer i dag psykisk syke personer i ulike sammenhenger, enten etter kontakt med pårørende, naboer, tilfeldige personer eller på anmodning fra helsetjenesten. Politiet har en hjelpeplikt overfor personer som er ute av stand til å ta vare på seg selv, jf. politiloven § 12. De skal i henhold til denne bestemmelsen varsle lege dersom personens helsetilstand gir grunn til å anta at legehjelp kan være nødvendig, og for øvrig søke å finne frem til en betryggende plassering. De kan også begjære tvungent psykisk helsevern, og har en bistandsplikt ovenfor helsetjenesten.

Tall fra Oslo politidistrikt viser at politiet hadde ca. 200 ”psykiatrioppdrag” i måneden i 2008, men at det bare i under halvparten av disse oppdragene har vært kontakt mellom politiet og helsetjenesten. Rundt 1/3 av oppdragene som involverer helsetjenesten er meldt av sivile, mens resten i hovedsak er initiert av helsetjenesten selv. Et oppdrag kan avsluttes på stedet eller resultere i at vedkommende blir transportert til arresten, legevakten eller sykehus. Totalt i 2008 hadde politiet i Oslo 2367 oppdrag relater til psykiatri. I 1049 av dem var det kontakt mellom politiet og helsetjenesten. I alt 818 personer ble transportert av politiet til en helseinstitusjon, mens 159 ble transportert i ambulanse.

Dersom behandlingskriteriet fjernes, er det fra politiets ståsted en bekymring at alvorlig syke personer som begår ordensforstyrrelser eller mindre alvorlige kriminelle handlinger, i større grad må håndteres av politiet og bli sittende på glattcelle eller i varetekt fordi de ikke kan bringes til helsetjenesten fordi de ikke lenger vil fylle kriteriene for tvangsinnleggelse. Farekriteriet vil ikke nødvendigvis være oppfylt for en person som oppfattes som plagsom, men vedkommendes atferd kan tilsa at politiet ikke kan slippe vedkommende ut på grunn av gjentakelsesfare. Det å sitte i politiarrest eller i varetekt regnes som et svært inngripende tiltak, og generelt vil man innad i politiet mene at psykisk syke fortrinnsvis hører hjemme på sykehus og ikke på glattcelle. FNs torturkommisjon har i flere år vært kritisk til Norges bruk av varetektsfengsel, og det vil være lite heldig om antallet psykisk syke varetektsfanger stiger. I et humanistisk perspektiv framstår det for mange i politiet som problematisk å måtte håndtere denne gruppen som ingen andre da vil ta ansvaret for.

Det er også viktig at eventuelle endringer i psykisk helsevernloven knyttet til terskelen for å etablere administrativ tvangsvern ses i sammenheng med oppfølgingen av Særreaksjonsutvalget (Mæland-utvalget) (74). Det foreslås i høringsnotatet en utvidelse av dagens særreaksjonsordning (dom til tvungent psykisk helsevern) for utilregnelige lovbrøyttere til å omfatte ikke farlig, men klart samfunnsskadelig eller plagsom, kriminalitet.

Utredningsgruppen tok opp en rekke dilemmaer i forholdet mellom samfunnsvern og behandling, psykisk helseverns rolle og forholdet mellom strafferett og de sivilrettslige tvangsreglene. Forslaget om utvidelse av særreaksjonsordningen tar som utgangspunkt at behandlingshensyn ivaretas i dagens psykisk helsevernlov, og at det er hensynet til samfunnsvern som tilsier en utvidelse av særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern for denne gruppen. Eventuelle endringer i eller fjerning av behandlingstvilkåret kan påvirke dette forslaget på flere måter, som må vurderes nærmere. Bl.a. er det et spørsmål om flere psykisk syke vil omfattes av denne ordningen dersom muligheten for å etablere tvangsvern på behandlingsindikasjon bortfaller, jfr, også pkt 8.11 om samfunnsperspektiver. Det vil være svært uheldig om flere risikerer å kriminalisere seg og idømmes behandling på grunn av manglende mulighet til å gripe inn på grunnlag av sivilrettslige tvangsregler.

#### **8.14. Forholdet til fare for andre**

En problemstilling som har blitt reist, og hvor det er stor uenighet i gruppen, er i hvilken grad forholdet til fare for andre er relevant i diskusjonen om behandlingstvilkåret.

På den ene siden er det fremholdt at behandlingstvilkåret har en betydning for fareavverging. Det vises til at formålet med behandlingstvilkåret ikke primært er å forebygge alvorlige voldshandlinger fra personer med en alvorlig psykisk lidelse. En konsekvens av å gi mennesker med en alvorlig sinnslidelse psykosebehandling på et tidlig stadium, om nødvendig med tvang, vil imidlertid være at voldshandlinger foretatt i psykotisk tilstand forhindres. Når det finnes virksom behandling som kan bidra til å forhindre at en person blir en fare for andre, anses det derfor å være etisk riktig å sørge for å gi slik behandling.

Det fremholdes videre at den risikoreduserende effekten av tett oppfølging etter utskriving er godt dokumentert i faglitteraturen (75), noe som er et sentralt hensyn ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Andre tiltak i et helhetlig behandlingsopplegg, som å sikre trygge levekår, en meningsfull hverdag og hjelp til håndtering av rusproblemer vil også ha stor betydning i forhold til dette.

Det vises her til studier hvor det er funnet at økt forekomst av rusbruk ved mentale lidelser forklarer sammenhengen mellom mentale lidelser og vold (76). Andre studier viser at noen mentale lidelser er uavhengige risikofaktorer for vold (77). Én studie fant at schizofreni uten et samtidig rusmisbruk øker livstidsrisikoen for vold 2-3 ganger i forhold til en paret befolkningsgruppe. I kombinasjon med rusmisbruk var risikoen økt 19 ganger (78). En annen studie fant at risikoen for at en person med psykose begår et drap, er 15 ganger større før den aller første behandlingskontakten, og studien konkluderer med at tidlig behandling av førstegangs psykose kan forhindre alvorlige voldshandlinger (79).

Bestemte diagnoser kan i seg selv ikke si noe om individuell risiko, men kan være til nytte for å definere en gruppe som *kan* representere en risiko. Spesifikke positive symptomer på psykose, for eksempel en spesifikk undergruppe av forfølgelsesvrangforestillinger, kan være

en sikrere risikofaktor, mens negative symptomer, som passiv tilbaketrekning, interesseløshet, dårlige kognitive funksjoner, svekkelse i oppmerksomhet, minne, evne til problemløsning og gjennomføre målrettede handlinger, ikke er en dokumentert risikofaktor for vold (80). Personer med personlighetsforstyrrelse har en betraktelig høyere voldsrisiko enn personer med psykose. Kombinasjon av ulike faktorer kan få betydning for risikobildet. Særlig kombinasjonen rus, psykopati eller omfattende dyssosial personlighetsforstyrrelse kan utgjøre en høy risiko (81). Erfaringsvis vil de mest alvorlige episodene med psykotisk basert farlig atferd være når en person med en alvorlig sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse har ruset seg med amfetamin over noen tid.

Også fra politiets ståsted er det erfaringer som taler for at ved noen lidelser, eksempelvis paranoid schizofreni, - kan farepotensialet være til stede - før det oppstår synlig og akutt fare. En del personer oppleves å være i et psykotisk grenseland, hvor tilstanden kan under påvirkning av medikamentbruk og inntak av illegale rusmidler. Mange mangler også et nettverk som kan fange opp signalene i tide. Et viktig anliggende fra politiets ståsted er å sikre at personer ikke begår alvorlige voldshandlinger på grunn av sin psykiske lidelse, også av hensyn til personen selv. I flere draps- og drapsforsøkssaker der gjerningspersonen var psykotisk, erfarer politiet at manglende oppfølging fra helsevesenet kan ha vært en avgjørende årsaksfaktor. Det er fra politiets side en bekymring at muligheten til å fange opp og følge opp potensielt farlige pasienter, kan bli mindre uten et behandlingsvilkår som tvangsgrunnlag.

På den annen side har det i gruppen fremkommet sterke prinsipielle motforestillinger når det gjelder å anføre risiko for økt "farlighet" som et argument for å beholde behandlingsvilkåret. Det vises til at en slik argumentasjon reiser alvorlige prinsipielle problemer både i forhold til rettsikkerhet, diskriminering og stigmatisering. Det stilles også spørsmål om holdbarheten av den kildebruk som er anvendt for å underbygge en slik påstand.

På et prinsipielt etisk grunnlag fremholdes at det må være hensynet til den enkeltes behandlingsbehov og bare dette som kan begrunne et behandlingsvilkår som tvangsgrunnlag. Hensynet til andres sikkerhet må ivaretas ved en åpen vurdering av risiko og motstående hensyn og ikke inngå som en skjult begrunnelse for å iverksette inngrep ut fra et behandlingsbehov. Det blir i beste fall uryddig å bruke økt voldsrisiko som et argument for å opprettholde og anvende behandlingsvilkåret i situasjoner der det ikke foreligger en faresituasjon i lovens forstand. Dette vil være en illojal omgåelse av de krav som stilles for at tvang skal tas i bruk av hensyn til fare for andre.

Det fremholdes også at det er svært uheldig å benytte denne type argumentasjon på denne brede og uspesifiserte måten, da dette kan bidra til stigmatisering og en uberettiget frykt for at "alle psykiatriske pasienter er farlige".

Det vises her til at psykiske lidelser generelt sett ikke er en risikofaktor for vold, og at det er få alvorlige voldshandlinger i samfunnet som begås av psykisk syke. Risikoen for at den enkelte borger rammes av vold fra en psykisk syk person er svært lav. De tilfellene hvor alvorlig psykisk syke personer begår slike handlinger, får uforholdsmessig stor oppmerksomhet, og medias beskrivelser av psykisk syke som "tikkende bomber" står ikke i forhold til den reelle risikoen. Slike beskrivelser bidrar til å opprettholde en bred stigmatisering av en sårbar gruppe. I forbindelse med slike tragiske hendelser blir det gjerne tatt til ordet for *mer* tvang som et tiltak for å unngå nye tilfeller, noe som bidrar til å komplisere arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang.



Det fremholdes videre at i tillegg til at den generelle risikoen er lav, er det også vanskelig å identifisere personer som kan være til fare for andre, særlig pasienter uten kjent voldshistorie. Den enkeltes risikobilde, dvs. om det er økt sannsynlighet for at vedkommende kan handle voldelig i bestemte situasjoner, påvirkes også av spesifikke forhold i samspillet mellom individet og omgivelsene.

Videre påpekes det at tvangsbruk sjelden vil være det beste virkemiddel for å motvirke utvikling av farlighet. Det vises til at det ikke er sannsynlig at frihetsberøvelse, sosial isolasjon, bruk av tvangsmidler og andre alvorlige inngrep i den fysiske og psykiske integritet skulle føre til redusert voldsrisiko. Som eksempel er det vist til en stor studie fra Storbritannia med over 50 000 respondenter, som viser at frihetsberøvelse får folk til å føle seg ikke-hjulpel, ulykkelige, frustrerte, stigmatiserte og deprimerede, og at det fører til økt nivå av skader, både på vedkommende selv og på andre/personale (82).

Det er også påpekt at heller ikke kunnskap om tvangsbehandling med psykofarmaka tilsier at behandling reduserer "farlighet". Tvert i mot. Det vises til at bruk av psykofarmaka kan forårsake emosjonell labilitet, fiendtlig atferd, aggresjon og selvmordsrelatert atferd, og flere preparater, deriblant SSRI-preparater, er merket med advarsel om slike alvorlige bivirkninger. Videre ble suicidrelatert oppførsel og fiendtlighet eller aggresjon oftere observert i kliniske studier blant barn og ungdom behandlet med antidepressiva, sammenlignet med de som ble behandlet med placebo. Det er påpekt at "fareatferd" utløst ved bruk av psykofarmaka kan forekomme både ved bruk og ved nedtrapping – seponering - av slike, særlig hvis nedtrappingen går for raskt ("withdrawal syndrome") (83).

Som ledd i arbeidet med å forebygge alvorlige hendelser har Sosial- og helsedirektoratet utgitt et rundskriv (IS-9/2007) om vurdering av risiko for voldelig atferd, hvor det understrekes at det er vanskelig å forutsi hvilke personer som kan utgjøre en risiko for voldelig atferd, og at det derfor er viktig å ha systematisk oppmerksomhet rundt dette og integrere risikovurderinger i behandlingsprosessen på de ulike nivå. Det anbefales å benytte strukturerte, standardiserte vurderingsverktøy sammen med klinisk skjønn, for eks. V-RISK-10 eller HCR-20.

Både den lave generelle risiko for vold og den konkrete utfordringen med å identifisere voldsrisiko, tilsier at bruk av tvang av hensyn til samfunnsvern forutsetter individuelle vurderinger og krav om konkrete indikasjoner på voldsrisiko. Dette skal ivaretas ved bruk av farevilkåret i loven. Dersom behandlingsvilkåret skulle være et argument for å forebygge voldsrisiko, ville det innebære et urimelig stort antall falske positive, dvs. at det settes i verk unødvendige tiltak for personer med lav risiko. Dette anses etisk problematisk.

Når det gjelder påstand om svikt i oppfølging fra helsetjenesten av hensynet til samfunnsvern, vises det til at det nylig er oppnevnt et utvalg som skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse som har tatt liv. Utvalget skal vise hvor i systemet det eventuelt har sviktet, finne årsaken til svikten og gi råd om hva som kan gjøres for forebygge nye tragedier. Det skal belyse alle forhold som lå bak drapene, peke på hva som eventuelt sviktet og hvor, og undersøke om det er fellestrekk i sakene som kan indikere systemsvikt. Siktemålet er at arbeidet kan føre til at ulike tjenester og systemer samarbeider enda bedre om oppfølgingen av mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet. Dette arbeidet kan gi bedre kunnskap om disse problemene.

## 9. Vurdering og forslag til tiltak

*Arbeidsgruppen er i mandatet bedt om å vurdere mulige tiltak for å avhjelpe eventuelle negative konsekvenser av behandlingstilbudet. Dette kan også omfatte forslag til videre arbeid på området.*

### 9.1. Innledning. Problemstillinger.

Behandlingskriteriet er begrunnet i at hensynet til at den enkeltes tilstand og behandlingsbehov gjør inngripen nødvendig, og er basert på at personer med en alvorlig sinnslidelse ikke selv er i stand til å ivareta egne interesser fullt ut. Videre forutsetter vilkåret at det finnes et behandlingstilbud som vil avhjelpe situasjonen, også når hjelpen gis mot personens vilje.

Diskusjoner i arbeidsgruppen bekrefter at det knytter seg vanskelige dilemmaer og prinsipielle vurderinger av både etisk, menneskerettslig, juridisk og faglig karakter til bruk av tvang på behandlingsindikasjon mot mennesker med psykiske lidelser.

De hensyn og argumenter som er beskrevet vedrørende behandlingskriteriet i kap. 8 viser de dilemmaer og den usikkerhet vi står overfor, og gir grunn til ettertanke. Det har fremkommet til dels svært ulike oppfatninger både når det gjelder grunnleggende verdier, synet på psykiske lidelser, effekt av behandling, holdninger til tvangsbruk, og betydningen av menneskerettigheter. Særlig har diskusjonen av problemstillinger knyttet til bruk av psykofarmaka og effekten av medikamentell behandling vist at det foreligger ulike faglige vurderinger rundt dette, som gir grunn til å rette et kritisk søkelys mot dagens regelverk og praksis vedrørende tvangsmedisinering.

Som det fremgår i pkt. 2.4. har det under gruppens arbeid fremkommet ulike påstander av faglig karakter som det ikke har vært mulig for arbeidsgruppen å etterprøve fullt ut, og heller ikke kontrollere den kildebruk og de referanser er anført for å understøtte argumentene. Dette krever et mer omfattende utredningsarbeid enn det arbeidsgruppens rammebetingelser har gjort mulig. Gjennomgangen av aktuelle argumenter bidrar likevel til belyse problemstillinger knyttet til behandlingstilbudet.

Kritikken mot behandlingskriteriet er dels basert på at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke mangler sykdomsinnsikt i så stor grad som regelverket legger til grunn. Vedkommendes autonomi og selvbestemmelse, som er grunnleggende menneskerettigheter, settes til side i for stor grad og står unødig svakt i forhold til den reelle selvinnsett, kompetanse og forståelse av situasjonen som mange pasienter vil kunne ha, herunder ønske om andre behandlingsformer enn medikamentell behandling. Videre er kritikken basert på at det ikke kan legges til grunn at den helsehjelp som gis med tvang, til tross for gode intensjoner faktisk er et gode til pasientens beste når en ser hen til omfanget, intensiteten og tvangens konsekvenser for enkeltpersoner. I et slikt perspektiv blir forholdet til menneskerettighetsvernet satt på spissen. Ved denne argumentasjonen utfordres sentrale premisser for behandlingskriteriet, - at personer som omfattes av dette mangler selvinnsett og evne til autonome valg, og oppnår bedring eller unngår forverring ved tvangsvernet.

På den andre siden tilsier behandlings- og omsorgshensyn at samfunnet vanskelig kan unnlate å gripe inn med tiltak når mennesker på grunn psykisk lidelse mister kontakt med vår felles virkelighet og opplever et stort funksjonsfall på alle livets områder, både helsemessig, sosialt og økonomisk. Når en person "mister seg selv" i psykose eller opplever tilbakefall, er det

vanskelig å legge til grunn at det er i vedkommendes interesse at utviklingen av et gradvis større funksjonsfall fortsetter, uten at noen griper inn for å bedre situasjonen og forhindre et forfall. Klinisk erfaring tilsier at forvandlingen til psykose kan innebære en uutholdelig lidelse hvor symptomene ”overtar” styringen på livet, og får alvorlige konsekvenser for den enkelte. En vurdering av pasientens beste er basert på at god psykisk helse og behandlingstilbudet er et gode for pasienten. Det er forutsatt at den hjelpen som gis innebærer en helsegevinst og forebygger og avverger en negativ helsekonsekvens og skade, samt at konsekvensene av ikke å gripe inn er verre for pasienten enn tvangsinngrepet. Også hensyn til pårørende og ulike samfunnsperspektiv får betydning.

Det fremgår av dette at vi står ovenfor et åpenbart dilemma når det som på den ene siden skal være et gode, til pasientens beste, kan oppleves som overgrep, mens unnlattelse av å gripe inn med nødvendig helsehjelp på den andre siden kan fremstå som likegyldighet og være faglig og allmenn-etisk uakseptabelt.

Fra bruker- og pårørende organisasjoner er det med klar og tydelig stemme uttalt at det er behov for endringer og handlekraft, og at tiden er overmoden for en reform. Mange historier om opplevde overgrep og krenkelser indikerer at det foreligger en alvorlig tillitskrise som må tas på alvor.

Arbeidsgruppen mener det er grunn til å være bekymret for høye tvangstall i Norge, som er skjevfordelt mellom regioner og institusjoner og som ikke synes å kunne forklares ut fra pasientgrunnlaget. Det konstateres at verken Opptappingsplanen eller Tiltaksplanen har bidratt til en reduksjon eller mer ensartet praksis.

Selv om det flere steder pågår en positiv utvikling på tvangsområdet, synes dette å være mere tilfeldige utslag og enkeltpersoners innsats enn uttrykk for et systematisk arbeid på landsbasis. Når det arbeides systematisk med å redusere tvangsbruken med forankring i ledelsen, vises derimot resultater. Dette viste Gjennombruddsprosjektet Psykiatri i regi av Legeforeningen. Som eksempel vises også til resultater fra systematisk tvangsreducerende arbeid foretatt ved Ullevål Universitetssykehus, Oslo, som var forankret i ledelsen ved Psykiatrisk divisjon, og som har ført til at antall tvangsinnleggelses er halvert de siste årene. Det konstateres at mye er gjort i praksis for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruk, bl.a. når det gjelder å utvikle alternative metoder og tilnærminger og ansvarliggjøre ledere på ulike nivåer til å arbeide systematisk med tvangsreduksjon og ensartet praksis.

Arbeidsgruppens vil påpeke at en vurdering av behandlingstvilkåret vanskelig kan skje løsrevet fra øvrige regler og rammebetingelser, se figur 1. Ulike typer regler og øvrige rammebetingelser vil påvirke hverandre og må ses i sammenheng. Dette viser også erfaringer fra utlandet, jf. kap 5. Forhold som organisering av tjenesten, saksbehandlingsregler, grad av brukermedvirkning, holdninger, behandlingssideologi og sykdomsoppfatning er minst like viktige. Noen tiltak vil kreve lovendringer, mens andre tiltak kan gjennomføres ved bruk av andre virkemidler. Men det er rimelig å anta at lovens materielle vilkår, herunder behandlingstvilkåret, i samspill med de andre faktorene, og da særlig de prosessuelle bestemmelsene og grad av brukermedvirkning, har betydning for omfanget av tvangsbruken.

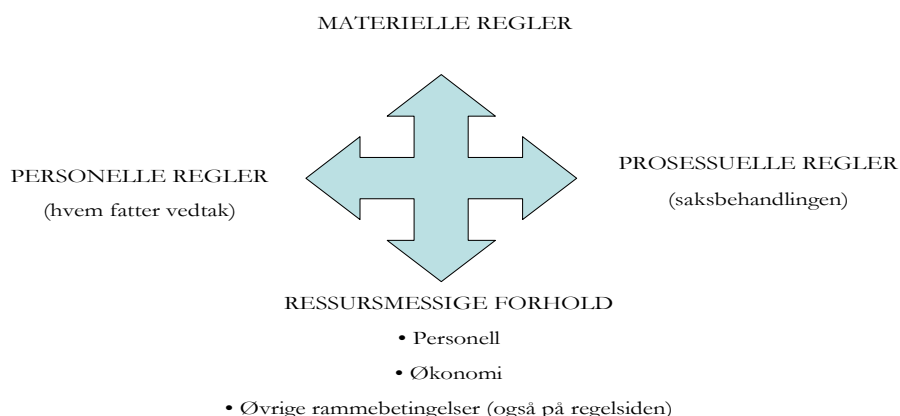


Fig. 1. Sammenhengen mellom ulike typer regler og øvrige rammebetingelser (Karl Harald Søvig)

I det følgende omtales noen problemstillinger som anses relevante knyttet til diskusjonen om behandlingsvilkåret;

- Prinsipielle aspekter, herunder forholdet til menneskerettighetene (9.2).
- Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlig sinnslidelse sett i forhold til systemet i pasientrettighetsloven (9.3).
- Kan behandlingshensyn begrunne tvangsvern? I hvilken grad bør hensynet til pasienten selv og den enkeltes behandlingsbehov begrunne tvungent psykisk helsevern ved alvorlig sinnslidelse, - i tilfeller hvor vedkommende ikke er til fare for seg selv eller andre. (9.4)
- I hvilken grad får prosedyrer ved etablering av tvungent psykisk helsevern betydning for anvendelse av behandlingkriteriet, herunder særlig betydningen av vilkåret om at frivillighet skal ha blitt forsøkt (9.5).
- Adgangen til tvangsbehandling med legemidler (9.6).

I det følgende vil arbeidsgruppen knytte noen kommentarer til ovennevnte problemstillinger, før mulige tiltak for å avhjelpe eventuelle negative konsekvenser av behandlingsvilkåret omtales i 9.7.

## **9.2. Prinsipielle spørsmål, herunder menneskerettslige aspekter**

Vilkårene for å bruke tvang i psykisk helsevernloven er utformet i balansen mellom ulike hensyn - autonomi (bestemme selv) vs. paternalisme (andre bestemmer), og inneholder ved dette innbakte verdikonflikter. Ved utformingen av reglene er det fra lovgivers side foretatt avveininger og gjort valg mellom ulike hensyn som respekt for den enkeltes ønske, integritet

og frihet på den ene siden, og samfunnets ansvar for å ivareta og hjelpe den enkelte ved sykdom og verne liv og helse, på den andre siden.

Bruken av tvang overfor alvorlig sinnslidende har en lang tradisjon i psykisk helsevern. Selv om dagens psykisk helsevernlov av 1999 tar utgangspunkt i grunnleggende menneskerettigheter og en humanistisk tenkning, er den i stor grad basert på tidligere lovgivning fra 1961 og 1848, uten at det er foretatt nye, store prinsipielle drøftelser når det gjelder grunnlaget for å bruke tvang.

Unntaket fra dette er utredningsarbeidet som ble foretatt av lovutvalget som ble oppnevnt i 1981 for å utrede nye regler i det psykiske helsevern, og som avga sin innstilling i NOU 1988:8. Forslagene fra utvalget ble i liten grad fulgt opp pga liten støtte i høringsrunden. I forarbeidene til psykisk helsevernloven er det imidlertid understreket at et viktig aspekt ved innstillingen var at lovutvalget hadde gjort et viktig og grundig utredningsarbeid, bl.a. gjennomført en viktig prinsipiell diskusjon om hvorvidt det overhodet bør kunne brukes tvang ovenfor psykiatriske pasienter (2; s. 21). Utvalget kom etter denne diskusjonen til at det var grunn til å opprettholde spesielle tvangsregler for alvorlig sinnslidende, og at det også burde være adgang til å gripe inn i behandlingsøyemed, dog med strammere vilkår enn det som senere ble vedtatt i dagens lov.

Det grunnleggende spørsmål om det overhodet kan forsvares å bruke tvang ovenfor personer med alvorlige sinnslidelser blir sjelden reist. Det synes å være bred oppslutning om det syn at det i visse situasjoner må benyttes tvang ovenfor personer med psykiske lidelser, særlig i faresituasjoner. Et slikt utgangspunkt anses for de fleste som så selvsagt, at det i sterkt begrenset grad finnes seriøs litteratur som argumenterer for en helt tvangsfri psykiatri. Det finnes heller ingen eksempler fra noen land på at psykisk helsevern ikke har muligheter til å benytte tvang (30).

Utfordringen anses derfor å ta stilling til i hvilke situasjoner og på hvilket grunnlag bruk av tvang kan rettferdiggjøres, spesielt i hvilket omfang hensynet til personen selv kan begrunne inngrep på behandlingsindikasjon når det ikke foreligger en faresituasjon. Vurderingstema blir i hvilken grad slike regler kan utformes, og eventuelt faktisk er utformet, på en slik måte at de ivaretar den nødvendige balansen i avveiningen mellom de ulike hensyn og verdikonflikter, samt ivaretar viktige overordnede prinsipper.

Et mindretall i arbeidsgruppen (medlemmene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa) ønsker på et prinsipielt grunnlag å utfordre den tradisjonelle tankegangen når det gjelder behov for særlige tvangsregler ovenfor personer med psykiske lidelser. Utvikling av internasjonale menneskerettslige forpliktelser som skal verne mot individuelle krenkelser, og et ikke-diskrimineringsperspektiv, står i sentralt i argumentasjonen.

Disse medlemmene mener at dagens psykisk helsevernlov bygger på feilaktige premisser, og at det er behov for omfattende endringer i lovgivning, grunnlagstenkning og maktfordeling. De anser det nødvendig å endre det lovverk og de systembetingelser som er bygget opp rundt fordommer om at mennesker med psykiske lidelser mangler selvinnsett og ikke vet sitt eget beste, samt å motarbeide den diskriminering og de systematiske overgrep et slikt menneskesyn forårsaker. Det vises til at når mennesker gjennom historien har motsatt seg ulike typer alvorlige tvangsinngrep (lobotomi, ulike sjokkbehandlinger, nevroleptika mv.) har deres motstand gjennomgående vært tolket som tegn på "manglende sykdomsinnsikt", i stedet for som en rettmessig protest mot helseskadelige og/eller krenkende inngrep. Det påpekes et

behov for å ta et oppgjør med begrepet ”manglende sykdomsinnsikt” for å få gjort noe med dagens tvangssituasjon. Å utdefinere pasientens tanker og meninger som ”manglende innsikt” anses undertrykkende, hindrer likeverdig dialog og medvirkning, krenker menneskeverdet og åpner for store overgrep.

Dette mindretallet ønsker på prinsipielt grunnlag at hele psykisk helsevernloven oppheves og at det innføres en ny ikke-diskriminerende modell i tråd med den nye FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD).

De fremholder at det ikke kan være særlig tvil om at psykisk helsevernloven og tvangspraksis er i strid med CRPD. Dette har blitt tydeligere og tydeligere gjennom ulike tolkningsdokumenter fra bl.a. FNs høykommissær for menneskerettigheter og FNs spesialrapportør for tortur, gjennom de presiseringer som fremkom under CRPD-komiteens første sesjon og debatten i Menneskerettighetsrådet 6. mars 2009.

Det vises til at Torturrapportøren har slått fast at psykiatrisk frihetsberøvelse og tvangsmedisinering er i strid med konvensjonen (84). FNs høykommissær for menneskerettigheter sier at: *“deprivation of liberty based on the existence of a disability is contrary to international human rights law, is intrinsically discriminatory, and is therefore unlawful”* (85). Og i en ny rapport til FNs menneskerettighetsråd presiserer FNs høykommissær for menneskerettigheter at lovverk som hjemler frihetsberøvelser basert (helt eller delvis) på mentale eller andre funksjonsnedsettelse, må avskaffes (62):

*“Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness”*

Arbeidsgruppens øvrige medlemmer er enige i at den nye FN konvensjonen er et sentralt argument i diskusjonen om behandlingstvilkåret. Hvilken betydning konvensjonen vil få for psykisk helsevernlovens tvangsregler, kan imidlertid ikke anses avklart. Arbeidsgruppen kan derfor vanskelig forskuttere den utredning som pågår i forbindelse med ratifiseringsarbeidet, og ta stilling til om det kan stilles nye folkerettslige og menneskerettslige krav til norsk lovgivning i tråd med FNs spesialrapportørs forståelse av FN konvensjonen.

Også professor Aslak Syse lar dette spørsmålet stå åpent i sin utredning, men han peker på at rapportørens vurderinger synes å stå i motstrid med synspunktene til mange ratifiserende parter, herunder Sverige, med en alminnelig forståelse av traktatteksten, og med det pågående arbeidet i Europarådet med å sikre psykiatriske pasientens rettstilling gjennom arbeidet med en konkret tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen. Han mener det kan hevdes at det er tilleggskriteriene som reelt sett begrunner innleggelsen, ikke bare rettferdiggjør denne, ikke kun tilstedeværelsen av en alvorlig sinnslidelse.

Til dette siste argumentet har representantene fra WSO uttrykt at en slik forståelse ikke kan anses å være i samsvar med konvensjonen art. 14. Det henvises til dokumenter fra bl.a. OHCHR, et generelt diskrimineringsperspektiv, forhandlingsprosessen før CRPD ble vedtatt og forslag som ble forkastet mv. Det vises til at så lenge tilleggsvilkårene er knyttet til et

grunnvilkår som utgjør et diskrimineringsgrunnlag, så kan ikke tilleggsvilkårene løsrives fra dette. Frihetsberøvelser basert helt eller *delvis* på funksjonsnedsettelse er diskriminerende og i strid med CRPD art. 14. Særlig følgende uttalelse fra OHCHR, som kom etter Syses utredning ble ferdigstilt, burde være klargjørende på dette punkt og tydeliggjøre at psykisk helsevernloven er i strid med CRPD:

*“A particular challenge in the context of promoting and protecting the right to liberty and security of persons with disabilities is the legislation and practice related to health care and more specifically to institutionalization without the free and informed consent of the person concerned (also often referred to as involuntary or compulsory institutionalization). Prior to the entrance into force of the Convention, the existence of a mental disability represented a lawful ground for deprivation of liberty and detention under international human rights law. The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory. Article 14, paragraph 1 (b), of the Convention unambiguously states that “the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty”. **Proposals made during the drafting of the Convention to limit the prohibition of detention to cases “solely” determined by disability were rejected. As a result, unlawful detention encompasses situations where the deprivation of liberty is grounded in the combination between a mental or intellectual disability and other elements such as dangerousness, or care and treatment. Since such measures are partly justified by the person’s disability, they are to be considered discriminatory and in violation of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of disability, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 14.***

*Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness (62)”*

Det vises videre til at advokat Tina Minkovitz, leder av World Network of Users and Survivors of Psychiatry på arbeidsgruppens seminar forklarte dette punktet i et dokument hun leverte gruppen i anledning sitt innlegg:

*“In typical mental health laws, deprivation of liberty is authorized based on a diagnosis of mental disability combined with factors such as “need for care and treatment” or “danger to self or others”. These factors are so intertwined with the existence of a disability that they cannot be separated.*

*The “need for care and treatment” is obviously inseparable from the condition that is sought to be treated. The “danger” criterion is also linked to disability whether implicitly or explicitly (i.e. “danger to self or others as a result of mental disorder”).*

*Both criteria are also inherently discriminatory, unjustifiably infringing the right to liberty of persons with disabilities to a greater extent than other persons. If non-disabled persons want to refuse medical care or treatment, they are not deprived of their liberty so it can be imposed against their will. If non-disabled persons are acting in ways that endanger themselves or*

*others, they are subject only to well-defined sanctions for unlawful behavior, not indefinite detention based on vague predictions.*

*Mental health laws both violate Article 14 (the obligation to ensure that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty) and facilitate violations of this article in individual instances”.*

Arbeidsgruppen vil i likhet med Syse fremheve at det er et åpenbart behov for at spørsmålet om konvensjonens betydning for norsk lovgivning, herunder psykisk helsevernloven, utredes og avklares i forbindelse med det pågående arbeidet med å ratifisere konvensjonen.

Videre mener arbeidsgruppen at selv om den rettslige betydningen av konvensjonen ikke er endelig avklart, dvs. om vi fortsatt kan opprettholde regler om tvangspsykiatri av den typen vi har, er konvensjonen uansett et argument for å se nærmere på hvilken tvangslovgivning vi ønsker å ha på dette området, noe også er i tråd med Stortingets ønsker, jf. utredningen fra Syse s. 52.

### **9.3. Pasientens selvbestemmelsesrett – forholdet til pasientrettighetsloven**

Arbeidsgruppen mener det er grunn til å stille spørsmål ved om pasientens rett til å bestemme over egen helsetilstand, dvs. kompetanse til å ta beslutninger, ønsker og erfaringer, blir tilstrekkelig vektlagt ved spørsmål om etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og ved behandlingstiltak. Det vises til omtale i pkt. 8.2 om autonomi og rett til selvbestemmelse.

Et sentralt spørsmål er om konkrete kompetansevurderinger bør få større plass i psykisk helsevern. I hvilken grad bør samtykkekompetente pasienter med alvorlig sinnslidelse få bestemme selv, og ha rett til å si nei, selv om det strider mot en helsefaglig vurdering av pasientens beste?

I denne sammenheng er det relevant å se på forholdet mellom tvangsreglene i psykisk helsevernloven og pasientrettighetslovens regler om samtykke og antatt samtykke i kap. 4, og nye tvangsregler i kap. 4A.

I henhold til psykisk helsevernloven er tilstedeværelsen av en ”alvorlig sinnslidelse” inngangsbetingelsen for at tvangsreglene får anvendelse. Det skal her foretas en objektiv vurdering av om det foreligger en tilstand som faller inn under begrepet. Kjerneområdet er psykotiske lidelser.

Det er ikke et vilkår for å benytte tvangsreglene i psykisk helsevernloven at pasienten mangler samtykkekompetanse i forhold til kriteriene i pasientrettighetsloven § 4-3. Vurdering av pasientens kompetanse og frivillighet som aktuelt rettsgrunnlag er i stedet innbakt som et moment i den bredere vurderingen av om vilkårene for tvangsvern etter psykisk helsevernloven kap. 3 er oppfylt. En pasient med en alvorlig sinnslidelse har kun en uttalerett etter loven § 3-9, ingen rett til å motsette seg behandling hvis lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Som det fremgår av pkt. 3.6.2 er ikke faglig ansvarlig bundet av pasientens vurdering, heller ikke der pasienten må anses å ha samtykkekompetanse med hensyn til spørsmålet eller hadde slik kompetanse da han eller hun uttalte seg som dette.



Systemet i pasientrettighetsloven er derimot at helsepersonellet ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, noe som innebærer at man tillegger konkret samtykkekompetanse en helt annen betydning enn psykisk helsevernloven gjør. Konkrete kompetansevurderinger er avgjørende for vedtak om helsehjelp både i henhold til reglene om antatt samtykke i pasientrettighetsloven kap. 4 og etter de nye tvangsreglene i lovens kap. 4A. I henhold til § 4-6 og 4A-2 er det et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse for at det kan gis helsehjelp henholdsvis uten pasientens samtykke og til tross for at pasienten motsetter seg dette. I tillegg er det et gjennomgående vilkår for helsehjelp uten gyldig samtykke at det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp, noe som betyr at uttalelser om dette som har fremkommet mens pasienten hadde den nødvendige samtykkekompetanse, normalt vil måtte tillegges avgjørende vekt.

Arbeidsgruppen mener det er grunn til å vurdere om det lar seg forsvare at det anvendes så ulike vurderinger av samtykkekompetansens betydning avhengig av om det skal fattes vedtak om somatisk helsehjelp (pasientrettighetsloven kap. 4 og 4A) eller psykisk helsehjelp (psykisk helsevernloven kap. 3).

Forskning viser at en person som omfattes av begrepet ”alvorlig sinnslidelse” ikke nødvendigvis vil mangle sykdomsinnsikt. Men selv om personen helt eller delvis har gjenfunnet selvinnsikten og det vurderes at vedkommende har samtykkekompetanse i henhold til pasientrettighetsloven, kan vilkårene for tvang etter psykisk helsevernloven fortsatt være oppfylt. En pasient som til tross for en alvorlig sinnslidelse har samtykkekompetanse og rett til å nekte somatisk helsehjelp etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, vil ikke ha den samme rett til å si nei til hjelpen etter psykisk helsevernloven hvis faglig ansvarlig mener dette er til vedkommendes beste. Men også i psykisk helsevern er hovedbegrunnelsen for at tvang er nødvendig ”at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter”, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Det er da grunn til å stille spørsmål om tvangsbruk kan være legitim i situasjoner der vedkommende enten har gjenfunnet selvinnsikten, eller man vet hva han eller hun ville ønske om samtykkekompetanse var til stede.

Som nevnt i pkt. 8.2. er dette særlig problematisk i de situasjonene hvor en person har vært under tvungent psykisk helsevern en stund og hvor vedkommende ikke lenger fremviser aktive symptomer på alvorlig sinnslidelse, men hvor fravær av symptomer settes i sammenheng med medikamentell behandling. Tvangsvilkårene (hovedvilkår sammenholdt med behandlingstvilkårets forverringsalternativ) åpner i dag for at velfungerende personer uten positive symptomer på psykose fortsatt kan holdes under tvungent vern med mulighet for tvangsbehandling. Disse pasientene vil som regel være under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, bo i egen bolig og være pålagt å møte regelmessig til depotinjeksjon ved poliklinikk. Et viktig element i tvangsvernet vil da være vedvarende tvangsmedisinering, i tillegg til regelmessig kontakt med behandler som følger situasjonen.

Arbeidsgruppen mener det er grunn til å se nærmere på spørsmålet om pasienter med samtykkekompetanse som er i stand til å klare seg utenfor institusjon og som ikke har aktive symptomer, kan underkastes tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling. Det er også grunn til å vurdere legitimiteten av tvangsmessige behandlingstiltak som er i strid med pasientens uttalte ønske i symptomfrie perioder.

Fra psykiatrifaglig hold fremholdes imidlertid at såkalt ”vedlikeholdstvang” er begrunnet i viktigheten av å forhindre gjentatte psykotiske episoder, da avbrudd i behandlingen vil kunne føre til noe lavere fungering etter hver episode. Den modning og utvikling som kan oppnås gjennom stabilt fravær av sykdomssymptomer over lang tid er, fremheves det, et vesentlig behandlingsresultat for pasienten, omgivelsene og samfunnet. Man finner det heller ikke forsvarlig at pasientens eget valg skal være avgjørende for hvilke behandlingstiltak som kan settes inn når tilstanden tilsier dette.

Arbeidsgruppen ser også at vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlig sinnslidelse kan ha særlige utfordringer, og det er vanskelig å se hvilke konsekvenser innføring av kompetansevurderinger vil få. Det er påpekt at det foreligger klare forskjeller på de situasjoner hvor kompetansemangelen knytter seg til psykiske forstyrrelser og andre situasjoner. En pasients sinnstilstand kan skifte relativt raskt. Dermed endres også grunnlaget for samtykkekompetansen. Vurderingen av pasientens samtykkekompetanse kan også være vanskelig å skille fra det psykiske symptombildet. Det er også et etisk og faglig dilemma å skulle være kategorisk i spørsmålet om en psykotisk pasient mangler samtykkekompetanse. Kompetansevurderinger kan videre være svært utfordrende i klinisk praksis, og det hefter betydelig usikkerhet om hvordan dette vil slå ut i tjenestens arbeid. Slike vurderinger er krevende og kan i de konkrete situasjonene være vanskelige. At vurderingen av samtykkekompetanse kan være vanskelig og skjønnsmessig, kan også åpne opp for ulik praksis.

Mot dette kan anføres at dette ikke er grunnleggende forskjellig fra tilsvarende situasjon ved behandling av somatiske lidelser uten samtykke eller mot pasientens vilje.

Det er videre en bekymring at også alvorlig psykisk syke kan vurderes slik at de har samtykkekompetanse, og vil dermed kunne falle ut av behandling. Personer med dype psykoser kan fremstå med stor verbal og intellektuell tyngde og gi inntrykk av solid forståelse i situasjonen og evne til å resonnerer mv., men der evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsoalternativene, likevel kan svikte.

Mot dette kan anføres at dette i praksis betyr at pasienter som anses å ha en alvorlig sinnslidelse, dermed er fratatt enhver mulighet for autonome valg i strid med ansvarlig behandler vurdering.

I vedlegg 4 har arbeidsgruppens leder, professor Jan Fridthjof Bernt, utarbeidet et utkast til en ny § 3-3 basert på prinsippene i pasientrettighetsloven for når helsehjelp uten gyldig samtykke eller mot pasientens vilje, kan gis.

#### **9.4. Behandlingshensyn som begrunnelse for tvangsvern**

Behandlingsvilkåret er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv, og er inndelt i et bedringsalternativ og et forverringsalternativ. Også farekriteriet har to alternativer, som regulerer to forskjellige situasjoner; fare for eget liv eller helse (hensyn til pasienten selv) og fare for andres liv eller helse (hensyn til samfunnsvern). Sistnevnte alternativ reiser en rekke spørsmål av ulik karakter, men faller i utgangspunktet utenfor gruppens mandat.

Diskusjonen om behandlingsoalternativet reiser spørsmål om i hvilken grad hensynet til pasienten selv og den enkeltes behandlingsobehov bør begrunne tvungent psykisk helsevern ved alvorlig

sinnslidelse, da særlig i tilfeller hvor vedkommende ikke er til fare for seg selv.

Flertallet i arbeidsgruppen av den oppfatning at hensynet til personens behandlingsbehov fortsatt bør kunne danne grunnlag for tvangsværn, og ønsker derfor å beholde et behandlingsvilkår. Spørsmålet er dermed *i hvilke situasjoner* hensynet til personen selv tilsier inngripen på behandlingsindikasjon. Et mindretall på tre medlemmer ønsker en alternativ modell til tvangsregler. Det vises til pkt. 9.2.

Dagens tilleggsvilkår som skal ivareta hensynet til pasienten selv, omfatter for det første de situasjoner som faller innenfor farevilkåret; fare for selvmord, selvskading, alvorlig overlast, fysisk helseskade og psykisk helseskade. For det andre omfattes behandlingshensyn, både bedringsutsikter og muligheten for forverring.

Til sammenligning er det et vilkår for å yte helsehjelp etter pasientrettighetsloven kap. 4A, at det kan føre til "vesentlig helseskade" på pasienten dersom man unnlater å gi helsehjelp. Begrepet "vesentlig helseskade" omfatter både fysisk og psykisk skade. At helseskaden må være vesentlig, innebærer at den må ha et betydelig omfang eller konsekvenser, men uten at det foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjon som er akutt eller påtrengende nødvendig. Begrepet avgrenser dermed mot mer diffuse eller mindre alvorlige helseplager.

Det vises videre til at også sentrale menneskerettslige konvensjoner og rekommandasjoner benytter helseskadebegrepet for inngrep på behandlingsindikasjon, jf. omtale i pkt. 8.4 om Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen) art. 7 og Europarådets rekommandasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, 10 (2004).

Det kan være grunn til å vurdere forholdet mellom behandlings- og farekriteriet i psykisk helsevernloven og vilkåret om vesentlig helseskade i pasientrettighetsloven, samt forholdet til menneskerettighetsdokumentene.

## **9.5. Etableringsprosedyrer, herunder frivillighetsvilkåret**

Etter arbeidsgruppens vurdering er saksbehandlingsregler og innleggelsesprosedyrer ved tvangsbruk vesentlig for både pasientens rettssikkerhet og for faglig kvalitetssikring. Det er derfor nødvendig å se nærmere på i hvilken grad prosedyrer ved etablering av tvungent psykisk helsevern får betydning for anvendelse av behandlingskriteriet. Betydningen av frivillighetsvilkåret er fremhevet som særlig sentralt.

### *Frivillighetsvilkåret*

Det er i dag et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3, begges første ledd nr. 1. Etter gruppens vurdering er det uklart hva som ligger i dette vilkåret i dag. Hva vil det si at frivillighet har vært forsøkt?

Det kan synes som om dette er et lovkrav som i liten grad er operasjonalisert i praksis. Snarere synes det å være slik at ulike akuttavdelinger har ønsket pasienter tvangsinnlagt fordi dette har gitt større forutsigbarhet i pasientinntaket. Når 50 % av tvangsinnleggelsene har skjedd utenom ordinær arbeidstid ved legevakt, har vurderingen i all hovedsak vært at "det er

åpenbart formålsløst å forsøke frivillig vern” på det aktuelle tidspunktet. Det har i liten grad vært andre alternativer å spille på der og da.

Det er i ferd med å skje betydelige endringer i tjenestene som kan gi grunnlag for at kravet om å forsøke frivillige tiltak først, kan realiseres i mye større grad:

- Alle DPS´er i ferd med å etablere ambulante team.
- Ved stadig flere DPS´er utvides åpningstidene på polikliniske tilbud.
- Helsedirektoratet har nettopp utlyst midler til utvikling av ACT-team i samarbeid mellom DPS og kommunene.
- Det har skjedd en både kvantitativ og kvalitativ styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene.
- Det etableres lavterskel psykologtilbud i flere kommuner.

Samlet gir dette en situasjon hvor det å forsøke frivillige alternative løsninger, vil kunne bli realistisk på en helt annen måte enn hva som var tilfelle bare for kort tid siden. For å sikre minst mulig tvang og sikre forsvarlige tjenester, må disse mulighetene tas i bruk etter hvert som de bygges ut. Det vises også til forslag til tiltak i kap. 10.4.1, om å satse på å bygge opp nyskapende og frivillige tiltak.

Dette kan videre gi grunnlag for å vurdere om det bør stilles nærmere krav til hva det innebærer at frivillig psykisk helsevern skal ha vært forsøkt.

Når det gjelder innholdet i frivillighetsvilkåret er det påpekt i gruppen at det i første omgang er viktig å gi pasienten balansert, objektiv, realitetsorienterende informasjon om vedkommendes helsesituasjon. Kommunikasjon er viktig i denne fasen. Det er viktig at det gis informasjon som er tilpasset personens kulturelle og etniske tilhørighet.

Videre har det fremkommet forslag om at frivillighetsvilkåret bør innebære et krav om å ”forhandle” med pasienten om hvilke frivillige tiltak som kan være aktuelle. I samarbeid med pasienten bør man forsøke å finne frem til løsninger for å avhjelpe situasjonen som vedkommende kan godta, selv om dette kun er en kortsiktig løsning (noen få dager) i første omgang. Situasjonen kan endre seg i løpet av noen dager. På denne måten gis vedkommende anledning til å komme gjennom en vanskelig periode uten en innleggelse. Først når gjennomførte forsøk på å etablere en forsvarlig frivillig løsning ikke har ført frem, og hvor situasjonen ikke endrer seg, kan det være aktuelt å vurdere tvangsinnleggelse.

I en slik situasjon er det påpekt at flere elementer er viktig å bringe inn i beslutningsprosessen:

- Pasientens ulike ønsker må etterspørres.
- Pasientens tidligere uttrykte preferanser, for eksempel i individuell plan, kriseunngåelsesplaner, forhåndserklæringer eller fra pårørende legges til grunn i utprøving om frivillighet kan være forsvarlig.
- Det må gjøres en konkret vurdering av aktuelle forsvarlige tiltak, uavhengig av hva behandler vurderer som ideelle tiltak.
- Det må vurderes om det er forsvarlig å vente med å etablere tvangsvern i en periode uten at en uforsvarlig situasjon oppstår. Frivillige tiltak som kan bidra til at samtykkekompetanse kan gjenvinnes eller fare kan reduseres bør vektlegges. Mindre inngripende tiltak bør prøves før mer inngripende tiltak.
- Dersom forsvarlige frivillige alternativer ikke har vært mulig i denne perioden, må pasienten informeres om aktuelle muligheter.

- Balansen mellom informasjon og trusler om tvang må vurderes kritisk. Det viktig å unngå at det ikke presses frem enighet om tiltak vedkommende har motstand mot. I disse tilfeller bør heller tvangshjemler brukes.

Det fremheves som viktig for å unngå unødvendige akuttinnleggelser på sykehus at frivillighet i første omgang forsøkes innenfor kommunehelsetjenesten eller DPS. Dette er også i tråd med samhandlingsreformen hvor det legges opp til en økt satsing på primærhelsetjenesten og behandling lokalt. Det er uttalt et behov for å bidra mer for å forebygge sykdom, og unngå unødvendige innleggelser, bl.a. ved bedre samhandling mellom nivåene. Det kan være aktuelt å vurdere om det er nødvendig med sosialfaglig og miljøterapeutisk kompetanse for å kunne vurdere om frivillige løsninger er mulig.

Det påpekes at det imidlertid også vil være aktuelt at mottakende lege/faglig ansvarlig vurderer aktuelle frivillige løsninger i forbindelse med en innleggelse og eventuelt vedtak om tvungent vern.

Etter arbeidsgruppens vurdering er det behov for å styrke frivillighetsvilkåret for å sikre reell frivillighet som alternativ. Forskning viser at den viktigste faktoren som bidrar til pasientenes opplevelse av tvang, er i hvilken grad pasientene opplever at de er tatt med i beslutningsprosessen. Det er behov for en nærmere vurdering av hva som ligger i frivillighetsvilkåret både ved etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Det kan også være behov for lov- og forskriftsendringer.

#### *Innleggende lege, § 3-1*

I henhold til psykisk helsevernloven § 3-1 er det et vilkår om at det skal foretas en legeundersøkelse for å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I praksis skjer 50 % av legeundersøkelsene og innleggelsene gjennom legevakt, 25 % ved DPS og 25 % ved fastlege.

Arbeidsgruppen mener det er viktig å sikre at etableringen blir kvalitetssikret på en annen og bedre måte enn i dag. Dette kan bidra til å redusere antall unødvendige innleggelser. Det bør undersøkes i hvilken grad organisatoriske forhold og administrative hensyn fører til unødige innleggelser. Mange pasienthistorier handler om traumatiske innleggelsessituasjoner, eventuelt ved bruk av politi og håndjern. Det er viktig å se på i hvilken grad innleggelsene på behandlingsvilkåret gjennomføres som unødvendige akuttinnleggelser, og politiets rolle ved slike innleggelser.

Det er særlig et spørsmål om legevakten bør ha en så sentral rolle ved innleggelser på behandlingsindikasjon som de har i dag. Det er i gruppen kommet frem forslag om at det bør vurderes ulike innleggelsesprosedyrer for behandlings- og farekriteriet. For eksempel bør en tvangsinnleggelse på behandlingsindikasjon ikke skje som en akuttinnleggelse via legevakt. En eventuell innleggelse på behandlingsindikasjon bør skje mer planlagt, da det i en legevaktsituasjon vanskelig kan gjøres en dekkende vurdering av pasientens situasjon. Dette tilsier at kommunehelsetjenesten (fastlegen) og DPS bør ha en sentral rolle ved vurdering av innleggelser. Et argument som har kommet frem mot for mange begrensninger når det gjelder innleggende instans, herunder legevakt, er at mange situasjoner krever en løsning der og da, og det anses uheldig dersom farekriteriet får en utilsiktet utvidet anvendelse.

Det har også fremkommet forslag i gruppen om at også psykologer kan ivareta funksjon som innleggende instans i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1. Dette ble også foreslått av

Stortinget under behandling av de siste lovendringene i psykisk helsevern (27). Det ble bl.a. lagt til grunn at psykologer i større grad vil kunne medvirke til at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, sammenliknet med mulighetene til en legevaktslege. Det er videre vist til at når legevakt tilkaller ambulant team eller henviser til døgnåpne polikliniske tilbud på DPS, vil ofte psykolog ha overtatt behandlingsansvaret fra legen. Det opplyses at det vanligvis ikke er lege til stede etter kl. 15.00 i disse teamene. Det ekstra arbeidet med å skaffe en ny lege til undersøkelse av pasient, vil ofte være tidkrevende, belastende for pasienten og medføre unødig dobbeltarbeid. Ved poliklinikkene i psykisk helsevern er psykologene den største arbeidsgruppen. I tilfeller hvor psykologens pasienter må tvangsinnlegges, må lege tilkalles. Dette medfører dobbeltarbeid og ofte belastende ventetid for pasienten. Det samme skjer der pasient er i kontakt med privatpraktiserende psykolog eller med psykolog i kommunale helsetjenester, og tvangsinnleggelse er nødvendig.

På denne bakgrunn er det fremholdt at dersom § 3-1 utvides til å omfatte psykolog vil det kunne bli lettere å forsøke alternativer til tvangsinnleggelse og at eventuelle nødvendige innleggelser kan skje med mindre belastninger for pasienter og helsevesen. Det har tidligere vært uttrykt bekymring for at eventuell somatisk lidelse kan ligge til grunn for symptomer som tyder på alvorlig sinnslidelse. Det forutsettes at forsvarlighetskravet vil bli ivaretatt ved den legeundersøkelse som skal gjøres på institusjon.

#### *Uavhengighetskravet*

En annen problemstilling i forhold til dagens regelverk når det gjelder etableringsprosedyrer er det såkalte uavhengighetskravet i psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3, begges første ledd nr. 2. Kravet innebærer at pasienten skal ha blitt undersøkt av to uavhengige leger. Dette vil være innleggende lege (§ 3-1) og lege ved mottakende institusjon som eventuelt skal ha ansvar for det tvungne vernet.

Regelverket bygger på en forutsetning om at innleggende lege er tilknyttet kommunehelsetjenesten, enten fastlege eller legevakt. Kravet til uavhengighet kan komme på spissen når innleggende lege er tilknyttet spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern, noe som er tilfelle i 25 % av tilfellene. Det vises til at en psykiatrisk poliklinikk eller DPS kan være i samme helseforetak og system som akuttavdelingen. Det er da et krav at institusjonene er uavhengig hverandre, noe som er et spørsmål om er tilfelle. Da det anses som en fordel at DPS, som kanskje kjenner personen, har en rolle som innleggende instans, bør kravet til uavhengighet klargjøres slik at bl.a. DPS sin rolle i forbindelse med innleggelser blir tydelig.

### **9.6. Tvangsmedisinering**

Arbeidsgruppen konstaterer at det er en klar sammenheng mellom kritikken av behandlingskriteriet og adgangen til å fatte vedtak om behandling med psykofarmaka uten vedkommendes samtykke (§ 4-4). I henhold til mandatet skal arbeidsgruppen også vurdere vilkårene for behandling med legemidler.

Som det fremgår av kap. 8.6 har det fremkommet delte meninger i gruppen både om effekten ved bruk av psykofarmaka, samt omfanget av negative konsekvenser ved slik bruk.

Det er i denne sammenheng påvist ulikheter i fortolkningen av forskningsresultater når det gjelder effekten av medikamentell behandling. Noen forskingsmiljøer og flere behandlere i det kliniske felt legger til grunn at det er en betydelig positiv effekt. Det anføres også at antipsykotisk medisinering spiller en viktig rolle for å komme i behandlingsposisjon for andre behandlingstiltak.

Andre forskningsmiljøer og brukerorganisasjonene vektlegger at grad av tilvenning, problemer med å redusere eller kutte medikamenter samt bivirkningene, gjør nytten svært begrenset, og ulempene betydelige. Det vises til at de få langtidsstudiene som sammenlignet antipsykotisk medisinering med placebo faktisk tydet på en fordel for placebogruppen.

På bakgrunn av ulike opplysninger og usikkerhet er det vanskelig for arbeidsgruppen å ta stilling til de ulike vurderinger og forståelse av forskningsmaterialet. Et mindretall på tre medlemmer mener imidlertid at kunnskapsgrunnlaget er tilstrekkelig til at det bør få konsekvenser for reguleringen og adgangen til tvangsmedisineringen, jf. forslag nedenfor.

Arbeidsgruppen mener at gode grunner taler for at man bør se nærmere på det faglige grunnlaget for legemiddelbruk ved psykoser, da dette kan synes å være beheftet med flere usikkerhetsmomenter. Arbeidsgruppen vil påpeke at det er et åpenbart behov for at dette følges videre opp, slik at kunnskapsgrunnlaget og det faglige fundamentet for bruk av psykofarmaka blir tydeligere. Det bør i første omgang igangsettes et arbeid for å gjennomgå kunnskapsstatus om antipsykotisk medisinering. Både forskere, det kliniske felt og brukerorganisasjonene bør medvirke i dette arbeidet.

Adgangen til og vilkårene for tvangsmedisinering må vurderes på bakgrunn av en kunnskapsstatus i forhold til effekt av antipsykotisk medisinering.

Når det gjelder vilkår for behandling uten eget samtykke med legemidler, er det viktig å fremheve at nytten ved bruk av antipsykotisk medikasjon må vurderes opp mot risikoen for uheldige konsekvenser for den enkelte. Reglene må ta høyde for de usikkerhetsmomenter som er knyttet til medikamentbruk, og vilkårene må utformes på en slik måte at risikoen for uheldige konsekvenser reduseres.

Videre bør det avklares hvilke krav som skal ligge i at frivillighet skal ha blitt forsøkt, herunder vurderes om det skal tilbys andre frivillige tiltak som alternativ. Det bør også vurderes om det bør inntas regler om at tillitskapende tiltak må være forsøkt.

Også betydningen av i hvilken grad vedkommende har samtykkekompetanse, må vurderes. Videre må det vurderes i hvilken grad det kan legges vekt på forhåndssamtykker eller forhåndsnektelse (advanced directives), herunder vurdere å innføre en tilsvarende regel som i psykisk helsevernloven § 3-9 om krav til uttalelse fra pasienten før vedtak fattes, og krav om at tidligere erfaringer må vektlegges.

Medisinsk-faglig sett er det fremhevet som viktig at medisiner uansett aldri skal være eneste behandlingstiltak, men må integreres i en helhetlig modell. Videre må valg av medikament være individuelt tilpasset, som en "skreddersøm" til den enkelte. Det er viktig å finne frem til laveste effektive dose. Videre må det være et krav at behandlingen følges opp med blodprøver og serumspeil for å overvåke eventuelle bivirkninger. Det er også viktig å sikre at tilstrekkelig farmakologisk kompetanse er knyttet til vedtaksbeslutningen og gjennomføringen. Et godt behandlingstilbud bør i tillegg til medisin inneholde individuell psykoterapi/støtteterapi, familiegrupper, nært samarbeid med fastlege og psykisk helsearbeid i kommunen, og NAV.

Videre har det blitt fremhevet et behov for at regelverket etablerer en bedre faglig kontroll ved tvangsbehandling. Det bør vurderes å innføre krav om behandlingsplan i alle situasjoner med tvangsmedisinering.

Det er også påpekt behov for bedre rettsikkerheten ved behandlingen av klage over vedtak om tvangsmedisinering. I motsetning til ved klager over selve tvangsvernet har pasienten i slike saker ikke rett til fri advokat, og de kan heller ikke få rettslig overprøvd fylkesmannens vedtak for domstolen etter de særlige reglene i tvisteloven kap. 36.

Mye av dagens regulering av tvangsmedisinering finnes i forskrift. Ved en eventuell lovendring bør man vurdere å samle vilkårene i loven.

I vedlegg 4 har arbeidsgruppens leder, professor Jan Fridthjof Bernt, utarbeidet et utkast til nye bestemmelser i loven, §§ 4-4 og 4-4a, som angir vilkårene for behandling uten samtykke mer presist enn dagens § 4-4, og som stiller strengere krav til beslutningsform og beslutningens innhold enn dagens regler. Han foreslår også en tilføyelse i § 7-1 om domstolsprøving som gjør det mulig å få en selvstendig prøving av vedtak om tvangsmedisinering, etter samme regler som gjelder for vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern.

#### Forslag om å oppheve adgangen til tvangsmedisinering

Et mindretall i arbeidsgruppen (medlemmene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa) mener at medisinering av psykisk lidelser i behandlingsøyemed, uten fritt og informert samtykke, ikke kan forsvares og må opphøre. De viktigste argumentene for dette er pasienthistorier, manglende dokumentert positiv effekt, bivirkninger og skadelige langtidseffekter, samt menneskerettlige hensyn.

Deres begrunnelse refereres i det følgende:

#### Pasienthistorier:

Mange pasienter reagerer svært sterkt på tvangsmedisinering og ser dette som et større overgrep enn selve tvangsinnleggelsen (86).

Gjennom bruker- og pårørendeorganisasjonene, konferanser, forskning, litteratur og media er det samlet en svært stor mengde historier om tvangsmedisinering som fører til alvorlige skadevirkninger, lidelser, krenkelser og traumer.

Det beskrives hvordan tanker, følelser, opplevelser og evnen til initiativ endres. I tillegg kommer fysiske bivirkninger som påvirker livsutfoldelse og fremtidsønsker. Antipsykotika virker som en "universell bremsekloss" på tankefunksjonen. Mange pasienter beskriver slik medisinering som en kjemisk tvangstrøye.

Tvangsmedisinering er en langvarig intervensjon som har konsekvenser langt utover en akutt krisesituasjon. For mange er veien til en medisinfri tilværelse veldig vanskelig, for noen viser det seg å være nesten umulig å slutte med medisinene etter mange års tilvenning. At



nedtrapping bør skje over lang tid, og farene ved brå seponering bekreftes fra legehånd. Når medisinerig igangsettes får det konsekvenser for mange år frem i tid, for noen resten av livet.

Det tilsier at medisinerig er et alvorlig inngrep, som ikke må skje ved tvang eller sterkt press, men må være en frivillig og informert handling fra pasientens side.

#### Manglende dokumentert positiv effekt:

Ved bruk av tvang må det kreves høy grad av sikkerhet om at tvangstiltaket virker i samsvar med hensikten. Forskningen tilsier ikke at man kan ha den grad av sikkerhet, verken om positive effekter av medikamenter og tvangsmedisinerig, eller om bedre fremtidsutsikter.

Det vises særlig til Leuch m.fl 2003(51) og opplysninger som ble fremlagt for gruppen av professor Ivar Aursnes i arbeidsgruppens møte 30.mars 2009. Det fremkom her at det ikke er gjort randomiserte forsøk som viser helbredende eller forebyggende effekter av nevroleptika. Sammenstilling av langtidsstudier har vist at det gikk dårligere med pasienter som hadde fått antipsykotika sammenlignet med kontrollgruppene.

Det er også et spørsmål hva medikamentene egentlig behandler. Dagens diagnoser er deskriptive og i stor grad basert på formidling av opplevde symptomer og observasjoner av atferd. De er ikke basert på objektive målbare fenomener. Behandlingen er kun symptomatisk.

#### Bivirkninger og skadelige langtidseffekter:

Bivirkningene av nevroleptika er alvorlige. Pasienter beskriver bivirkninger som er sterkt plagsomme og til dels invalidiserende. Fysiske bivirkninger (f.eks. sikling, rykninger, taleproblemer, ekstrem vektøkning og oppblåsthet osv.) og psykiske bivirkninger/virkninger (f.eks følelsesavflatning, passivitet, mangel på interesse) påvirker det sosiale livet og forholdet til andre mennesker. Økt søvnbehov og mangel på initiativ gjør det tilnærmet umulig å leve et fysisk og sosialt aktivt liv. Sover du 16 timer i døgnet er det ikke mye igjen til livsutfoldelse. Mange beskriver bivirkningene av medisinene som et større problem enn de psykiske problemene var i utgangspunktet.

Det er bivirkninger også for dem som tar medikamentene frivillig, men forutsatt at man har fått riktig og fullstendig informasjon, har man selv tatt valget.

Psykofarmaka, og særlig nevroleptika, kan gi alvorlige langtidsskadevirkninger som drastiske vektøkninger, metabolske syndromer, diabetes, hjerteproblemer, nevrologiske skader, hjernesker mv. Bivirkninger omfatter økning i plutselig død og total overdødelighet (87). Bruk av antipsykotika over tid skader hjernen og fører til celledød i hjernen (50).

Med en så betydelig risiko for alvorlige bivirkninger, kan det ikke forsvares å gi medisiner med tvang.

#### Menneskerettslige hensyn:

Å tvangsmedisinere i den hensikt å korrigere eller fjerne en faktisk eller påstått funksjonsnedsettelse, er dehumaniserende. Vedkommende ses som et objekt for medisinsk intervensjon istedenfor et subjekt med ukrenkelig verdighet og umistelige menneskerettigheter.

Tvangsmedisinerig med preparater som påvirker tanker og følelser, er problematisk i forhold til krenkelse av retten til tanke- og samvittighetsfrihet. Retten til å nekte enhver form for

tvangsmedisinering med psykofarmaka og andre former for manipulering av hjernefunksjoner, tanker og følelser, og retten til å nekte å motta enhver form for behandling man ikke tror på, er en viktig menneskerettighetskamp med utgangspunkt i EMK art. 9 og SP art. 18.

Tvangsmedisinering med psykofarmaka er en alvorlig krenkelse av retten til respekt for den fysiske og psykiske integritet.

Tvangsmedisinering av psykososiale funksjonsnedsettelse er diskriminerende og i strid med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse.

Tvangsmedisinering av psykiske lidelser vil kunne risikere å bli klassifisert som tortur eller annen mishandling jf. bl.a. uttalelser fra FNs spesialrapportør for tortur (84). Også den europeiske menneskerettighetsdomstolen har åpnet for at alvorlige bivirkninger ved tvangsmedisinering vil kunne innebære brudd på forbudet mot mishandling (Grare v France (1992) 15 EHRR CD100).

Forbudet mot mishandling er, jf. internasjonale konvensjoner Norge er bundet av (deriblant FNs torturkonvensjon, FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og EMK), *absolutt* og gir ingen mulighet for unntak i enkelttilfeller. At noen opplever seg hjulpet gjennom tvangsmedisinering, kan aldri veie opp for eller legitimere at andre gjennom tvangsmedisinering utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Myndighetene plikter å treffe forebyggende tiltak, inkludert lovmessige, for å verne enkeltindivider mot mishandling. Å ha en lovfestet mulighet for medisinering av psykiske lidelser, uten fritt og informert samtykke, åpner for mishandling.

Som en konsekvens av ovennevnte argumenter, og i respekt for alle de historiene pasienter og pårørende har fortalt om tvangsmedisinering, mener dette mindretallet på tre medlemmer at man bør gå til det skrittet å oppheve unntaket som tillater tvangsmedisinering i § 4-4 andre ledd bokstav a).

Forslaget om å oppheve dagens unntak fra forbudet mot tvangsmedisinering fikk ikke tilslutning fra gruppens øvrige medlemmer.

### **9.7. Tiltak for å avhjelpe eventuelle ulemper ved behandlingstvilkåret**

Når det gjelder behandlingstvilkåret og behov for lovendringer, har arbeidsgruppens medlemmer på bakgrunn av hensyn og argumenter som er beskrevet i kap. 8 og diskusjonen i gruppen, vurdert følgende alternative løsninger:

- A. Behandlingskriteriet bør beholdes som i dag, og fokus bør rettes mot å bedre praksis ved å styrke tiltaksplanen mv.
- B. Behandlingskriteriet bør fjernes, slik at kun faresituasjoner gir grunnlag for tvungen psykisk helsevern
- C. Et kompromiss – lovendringer uten å fjerne et behandlingstvilkår (innføre kompetansevurderinger mv.)

Vurdering av alt. C var basert på et forslag til endringer i lovtekst som ble fremlagt av gruppens leder, Jan Fridthjof Bernt. Lovforslaget med merknader er inntatt som vedlegg 4 til rapporten.

Lovforslaget innebærer endringer i dagens psykisk helsevernlov, og tar sikte på å beskytte pasientens rett til selvbestemmelse, *samtidig* som det fastholder retten til å gi nødvendig psykisk helsehjelp til personer som åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke – eller nektelse av et samtykke- innebærer. Det foreslås å beholde behandlingsbehov som grunnlag for tvungent psykisk helsevern, og en utvidelse av adgangen til dette i situasjoner der pasienten ikke motsetter seg vernet.

Et hovedgrep i lovforslaget er at tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon kun kan etableres dersom samtykkekompetanse mangler, og det foreligger et antatt samtykke til den aktuelle helsehjelpen. I vurderingen av om det foreligger antatt samtykke, vil forhåndsuttalelser fra pasienten ha stor betydning.

Det er også foreslått å skille mellom situasjoner hvor pasienten motsetter seg psykisk helsevern og tilfeller der pasienten ikke motsetter seg det, idet det foreslås mildere vilkår for intervensjon der pasienten ikke motsetter seg vernet. Forslaget innebærer at en pasient ikke kan tas under tvungent psykisk helsevern hvis han eller hun vurderes å ha samtykkekompetanse, med mindre farekriteriet er oppfylt.

Slike regelendringer vil bringe det psykiske helsevern i overensstemmelse med de generelle prinsippene i pasientrettighetsloven kap. 4A, slik at inngrepskriteriene blir like, uavhengig av om det er tale om behandling av somatisk eller psykisk lidelse. Dette vil bety at det ikke lenger vil være grunnlag for å hevde at loven innebærer diskriminering og forskjellsbehandling av en bestemt gruppe funksjonshemmede – personer med psykiske lidelser. Forslaget innebærer også en harmonisering med sentrale menneskerettslige forpliktelser, som Oviedo-konvensjonen - ved å innføre begrepet "alvorlig helseskade" som tilleggsvilkår, til erstatning for dagens behandlingsvilkår.

### ***Innstilling:***

Arbeidsgruppen har ikke kommet frem til et samlet standpunkt når det gjelder spørsmålet om lovendringer, herunder behov for endringer i eller fjerning av behandlingsvilkåret og revisjon av reglene om tvangsmedisinering.

Et flertall i arbeidsgruppen (16 medlemmer<sup>10</sup>) mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven, herunder når det gjelder behandlingsvilkåret, for å styrke pasientens rett til selvbestemmelse og for forhindre unødvendig og etisk uforsvarlig tvang, både ved etablering av psykisk helsevern og i behandling og omsorg.

Dette flertallet mener at det ikke vil være noe godt alternativ å fjerne behandlingskriteriet alene. Spørsmålet om endringer når det gjelder behandlingsvilkårets utforming og anvendelse må ses i sammenheng med øvrige regler og andre tiltak, herunder styrking av den faglige og rettslige kontroll av tvangsbruken, og særlig ved tvangsmedisinering.

---

<sup>10</sup> Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyser, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerde, Per Christian Moen og Jan Fridthjof Bernt.

Flere av medlemmene ser behov for lovendringer i den retning som Bernts lovforslag legger opp til, og mener at forslaget innebærer en god og balansert avveining av de ulike dels motstridende hensyn. Det er imidlertid også tatt ulike forbehold og uttrykt reservasjoner til den konkrete utformingen av forslaget, og særlig påpekt behov for en mer inngående analyse av lovteksten og de forventede konsekvenser av en slik endring.

I denne forbindelse er det fremholdt at det er flere usikkerhetsfaktorer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse. Det er bl.a. fremhevet at forutsetningene for samtykkekompetanse er forskjellige innenfor somatikk og psykiatri. Videre forutsettes at det etableres betryggende prosedyrer for vurderingen av samtykkekompetanse. Det vises også til drøftelse i pkt. 9.3.

Representantene fra Mental Helse fremholder at en annen enn faglig ansvarlig for vedtak bør vurdere om pasienten har samtykkekompetanse. I tillegg ønsker de det skal sies uttrykkelig at dersom pasienten har et psykiatrisk testamente, skal dette vektlegges da det beskriver hva slags behandling vedkommende ønsker/ikke ønsker hvis man skulle komme i krise.

Tre av medlemmene<sup>11</sup> foreslår at psykisk helsevernloven oppheves, herunder adgangen til tvangsmedisinering, og at det innføres en ikke-diskriminerende modell i tråd med den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD). Det foreslås ved dette at frihetsberøvelser og andre tvangsinngrep ivaretas i allmenn lovgivning gjeldende for alle uavhengig av funksjonsnedsettelse, at helsehjelp baseres på fritt og informert samtykke, og at "supported decisionmaking"-systemer bygges opp. Forslaget er nærmere omtalt i en egen særuttalelse, som er inntatt i vedlegg 5 til rapporten.

Selv om disse representantene på prinsipielt grunnlag ikke kan støtte forslagene til endringer i psykisk helsevernloven, i det denne fortsatt vil anses å være i strid med CRPD, anser de endringsforslagene som en klar forbedring sammenlignet med dagens lovverk.

Et mindretall på seks medlemmer i arbeidsgruppen<sup>12</sup> mener at det ikke er behov for vesentlige endringer i psykisk helsevernloven, og at et behandlingsvilkår uansett må beholdes. Det vurderes slik at vilkårene i dagens lov, når de følges, er tilstrekkelig for å legitimere etablering og behandling under tvang. Fokus bør heller rettes mot å bedre praksis ved å styrke tiltaksplanen og utvikle kunnskapsgrunnlaget.

Terje Vestheim anser dette som det eneste aktuelle alternativ, og fremhever viktigheten av å beholde adgangen til behandlingskriteriet av hensyn til pasientene og de alvorlige konsekvenser det kan få å fjerne vilkåret, noe som anses uetisk. Erfaringene med alvorlige psykoser, herunder i sikkerhetspsykiatri, tilsier at god behandling i tide er det mest virksomme mot lidelsene for pasienten og omgivelsene. Utfordringene med uoverskuelige konsekvenser av å innføre vurderinger av samtykkekompetanse til erstatning for dagens hovedvilkår om alvorlig sinnslidelse og de vurderinger som foretas i denne sammenheng, er ikke store. Han påpeker at ut fra dagens forståelse av samtykkekompetansebegrepet gir det stor usikkerhet for et fåtall med de alvorligste psykoselidelsene. Dette gjelder særlig dersom kompetansevurderinger skal avgjøre spørsmålet om tvungen behandling med medikamenter. Da ville altfor mange mennesker måtte forbli innlagt i institusjon pga fare, fremfor å mestre eget liv utenfor institusjon. Han vurderer det dit hen at det tryggeste er å avvende situasjonen gjennom en

---

<sup>11</sup> Medlemmene Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa

<sup>12</sup> Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes, Reidun Lauvstad, Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

periode med «nedtrappingsplan for tvang», for deretter å eventuelt vurdere om lovendring er påkrevet nettopp i denne hensikt.

Kjetil Hustoft presiserer at avgjørende for hans innstilling er at pasienter har:

- en rett til behandling
- unngår å bli stigmatisert som farlige når de ikke er det
- at behandlingskriteriet i seg selv viser håp for at pasienter skal og vil bli bedre om de får den beste behandling som finnes i Norge, og som ikke bare omfatter medisiner, men også individual-terapi, familie-edukasjon, og forebygging av lidelse på et tidlig stadium med informasjon til befolkningen.
- dagens lovpraksis tilsier at man under vurdering av pasienten vurderer pasientens samtykkekompetanse, det ligger implisitt i vedtaksansvarlig sin vurdering.

Det bemerkes også at det fremlagte lovforslaget fra Bernt i sin utforming og oppbygging er for uklart med tanke på at lovforslaget skal forvaltes av mange vedtaksansvarlige som ikke er jurister. Det samme vil gjelde for innleggende leger som har varierende erfaring på området, som særlig i pressede situasjoner antas å ville få problemer med å forholde seg til kompetansevurderinger fremfor mer objektive kriterier.

Carl Fredrik Aas, på vegne av landsstyret i LPP, ønsker en reduksjon av unødvendig og krenkende tvang innen psykisk helsevern, men ikke slik at det blir vanskeligere å utføre tvang som anses nødvendig for vedkommendes eget beste, innenfor de begrensede rammer som loven nå fastsetter. Når det gjelder spørsmålet om å innføre samtykkekompetanse i psykisk helsevern på lik linje med somatikken, uttrykker han en bekymring for at til og med de aller sykeste kan oppfattes å ha samtykkekompetanse og dermed nekte behandling og som følge av dette gå til grunne. Aas ønsker en avklaring hvordan samtykkekompetansebegrepet skal forstås og praktiseres hvis det skal innføres også innenfor psykisk helsevern.

Cecilie Gulnes anser ikke det fremlagte lovforslag som tilstrekkelig utredet og behandlet i arbeidsgruppen, som ikke var nedsatt som et lovutvalg. Videre uttrykker hun bekymring for at farlighet ikke blir fanget opp dersom behandlingsvilkåret fjernes eller strammes inn.

Reidun Lauvstad påpeker at det foreligger flere positive elementer i Bernt lovforslag, men det kreves en nærmere konsekvensutredning både ut fra pasientperspektivet og følgene det vil få for helsetjenesten og andre.

### ***Vedrørende behov for et lovutvalg:***

Dagens psykisk helsevernlov var en del av helselovreformen som ble vedtatt i 1999, og som trådte i kraft 1. januar 2001. Det er senere gjennomført en revisjon av loven i 2006, med endringer som trådte i kraft 1. januar 2007. Et av hovedformålene ved den siste gjennomgangen var å se på forholdet til pasientrettighetsloven. Dette taler i utgangspunktet mot at det er behov for et lovutvalg.

Samtidig har arbeidsgruppen gjennom sitt arbeid satt fokus på flere områder ved dagens regulering hvor det synes å være behov for en nærmere gjennomgang og vurdering.

Det kan stilles spørsmål ved om dagens psykisk helsevernlov i tilstrekkelig grad gjenspeiler utviklingen i samfunnet ellers med en stadig sterkere vektlegging av individets rett til selvbestemmelse og autonomi.

Det vises til at selv om dagens psykisk helsevernlov av 1999 tar utgangspunkt i grunnleggende menneskerettigheter og en humanistisk tenkning, er den i stor grad basert på tidligere lovgivning fra 1961 og 1848, uten at det er foretatt de store prinsipielle drøftelser hva gjelder grunnlaget for å bruke tvang, se omtale i kap. 9.2. Ved den siste lovrevisjonen i 2006 var heller ikke lovens materielle vilkår, som regulerer grunnlaget for tvungent vern, en del av gjennomgangen.

Etter siste revisjon av psykisk helsevernloven har også generelle, diagnoseuavhengige tvangsregler i pasientrettighetsloven kap. 4A kommet til (i kraft 1. januar 2009). Dette har aktualisert behovet for å se på forholdet mellom tvangsreglene, særlig når det gjelder konkrete kompetansevurderinger som grunnlag for vedtak om helsehjelp uten gyldig samtykke fra pasienten, i motsetning til å basere dette på mer generelle, diagnosebaserte kriterier, slik systemet er i psykisk helsevernloven. Her er det en uforklart forskjell når det gjelder behandling av psykisk og somatisk lidelse, og det er grunn til å vurdere nærmere om et slikt ulikt dobbeltsporet system er velbegrunnet.

Et sentralt argument for å nedsette et lovutvalg er utviklingen av internasjonale menneskerettigheter.

Det vises bl.a. til at Norge er rettslig bundet av *Europarådets bioetiske konvensjon* (Oviedo-konvensjonen), og det kan anføres at dagens behandlingsvilkår er mer vidtrekkende enn konvensjonen tillater, noe også arbeidet med en tilleggsprotokoll kan tyde på. Det vises til omtale i pkt. 8.4.

Videre er den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse, som vurderes ratifisert av Norge, sentral i diskusjonen om behandlingsvilkåret. Det er ikke avklart i hvor stor grad denne vil få konsekvenser for dagens psykisk helsevernlov, men konvensjonen innebærer uansett at det kan være grunn til å se nytt på spørsmålet om hva slags rettsregler vi ønsker når det gjelder tvungent psykisk helsevern.

Relevant for vurderingen er også at tilbudet til personer med psykiske lidelser har endret seg mye de siste ti årene. Kommunene spiller en stadig mer sentral rolle i oppfølgingen av personer med en alvorlig psykisk lidelse. Det er et spørsmål om dagens lovverk i stor nok grad har tatt innover seg denne utviklingen og er tilpasset dagens virkelighet, herunder når det gjelder kontroll og etterprøving. Det knytter seg en særlig bekymring til praktiseringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

På denne bakgrunn anbefaler arbeidsgruppens flertall (18 medlemmer<sup>13</sup>) at det nedsettes et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetsforpliktelser.

Dette flertallet understreker at et lovutvalg ikke må komme i stedet for, men må arbeide parallelt med og med forankring i en løpende utvikling av kunnskapsgrunnlaget og fokus på tiltaksplanen.

---

<sup>13</sup> Medlemmene Olav Nytingnes, Birgitte Finne Høifødt, Torbjørn Garberg, Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen, Bjørg Njaa, Anders Skuterud, Maria Knutzen, Solveig Wilhelmsen, Bjørn Rishovd Rund, Georg Høyner, Trond Hatling, Anne Aasen, Iver Lillegjerde, Per Christian Moen, Carl Fredrik Aas, Pål Kippenes og Jan Fridthjof Bernt.

Et mindretall på fire medlemmer<sup>14</sup> mener at det ikke er behov for et slikt utvalg på det nåværende tidspunkt. Dette mindretallet mener at prioriteringen heller bør være metode, kunnskaps- og kompetanseutvikling for å sikre en god praksis før en eventuell større gjennomgang av regelverket, før det eventuelt settes i gang en større gjennomgang av regelverket.

Disse er av den oppfatning at dagens psykisk helsevernlov på en tilstrekkelig måte ivaretar hensynet til pasientens samtykkekompetanse ved vurderingen av vilkårene i loven, og at vurderinger av hva pasienten forstår eller ikke, er implisitt i de vurderingene som foretas. Det er også uttrykt en bekymring for at alvorlig psykisk syke ved slike lovendringer ikke vil få den hjelpen de trenger.

To av medlemmene<sup>15</sup> som mener at dagens psykisk helsevernlov i hovedsak er tilstrekkelig og at et behandlingvilkår bør beholdes, ser samtidig at det er grunn til å se nærmere på ulike sider ved loven og forhold til annet regelverk, herunder konsekvenser av eventuelle endringer, bl.a. ved eventuelt innføre kompetansevurderinger.

## **10. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang**

### **10.1. Innledning**

Helsedirektoratet utga i 2006, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (54). Planen baserer seg på gjeldende rett og fremhever mest mulig frivillighet i behandlingen og ivaretagelse av pasientens rettsikkerhet, integritet og autonomi som overordnede verdier. Samtidig erkjennes det at det i enkelte tilfeller vil være både nødvendig og riktig å benytte tvang, både av hensyn til pasienten selv og omgivelsene. Når bruk av tvang er nødvendig skal imidlertid denne utøves i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, og på en slik måte at pasientenes rettsikkerhet og autonomi ivaretas. Tiltakene i planen er konsentrert om følgende 4 hovedmålsetninger:

- Økt frivillighet
- Kvalitetssikret bruk av tvang
- Økt kunnskap
- Bedre dokumentasjon av tvangsbruk

I mandatet er arbeidsgruppen gitt følgende oppdrag knyttet til tiltaksplanen:

- Å gjennomgå status for ”tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang”.
- Å foreslå justeringer og nye tiltak til tiltaksplanen, som kan bidra til å redusere bruken av tvang
  - ved etablering av psykisk helsevern
  - ved behandling, herunder vurdere vilkårene for behandling med legemidler uten samtykke

---

<sup>14</sup> Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes og Reidun Lauvstad.

<sup>15</sup> Medlemmene Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.

- Foreslå tiltak for å sikre kompetanse og god klinisk praksis i samsvar med gjeldende rett, herunder menneskerettighetene, og etiske prinsipper

## **10.2. Gjennomgang av status for tiltaksplanen**

Tiltaksplanen består av totalt 29 ulike tiltak, fordelt under de fire hovedmålene. En gjennomgang fra Helsedirektoratet viser at status per i dag er at 15 tiltak er gjennomført og/eller ivaretatt. 2 av tiltakene i planen er vurdert som uaktuelle av Helsedirektoratet. Det gjelder kravet om etterrapportering av data og forslaget om å etablere et system for registrering av pasientinformasjon som gjør det mulig å følge pasientforløp. Sistnevnte tiltak ivaretas gjennom innføringen av et personentydig Norsk Pasientregister. Førstnevnte tiltak vurderes å kreve så store ressurser ved det enkelte tjenestested at det ikke anses å være en forsvarlig prioritering, sett i forhold de fortsatt eksisterende problemene knyttet til datakvalitet i det psykiske helsevernet for voksne.

For 5 av tiltakene i planen mangler det oversikt over gjennomføringsgrad. Dette er tiltak knyttet til kvalitetssikring av behandlingen gjennom utarbeidelse av rutiner for bruk av hhv mekaniske tvangsmidler, tvangsmedisinering og medikamentell behandling generelt, samt rutiner for å gi pasienten nødvendig informasjon om helsehjelpen. Det gjelder også tiltak for å sørge for systematisk innhenting av brukerfaringer. Disse tiltakene vurderes å ligge innenfor de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Helse- og omsorgsdepartementet har i de siste års statsbudsjett gitt RHFene i oppdrag å følge opp Tiltaksplanen. RHFene skal rapportere til HOD på iverksatte tiltak og oppnåede resultater gjennom årlig melding.

Av tiltakene i planen er følgende gjennomført/ivaretatt per i dag:

- Det er utarbeidet faglige anbefalinger for etablering av ambulante akutteam (2006).
- Det er gjennomført en kartlegging av ambulante team for barn og ungdom (2006).
- Det er utgitt et rundskriv som gjennomgår helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke (2006). Rundskrivet ble fulgt opp med en nasjonal konferanse i 2008.
- Det er utarbeidet et nytt rundskriv til psykisk helsevernloven og tilhørende forskrifter som skal utgis i 2009. Det er i tillegg utarbeidet elektroniske maler for alle tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven til bruk i elektronisk pasientjournal (2008) (88).
- Det er foretatt en erfaringsinnhenting fra psykisk helsevern rundt praktiseringen av skjerming. Det er foretatt innskjerpinger i loven som trådte i kraft 01.01.07 i tillegg til at det er utarbeidet en egen forskrift.
- Det er etablert et nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern, som blant annet skal utarbeide en forskningsplan for dette området (2008).
- Det er foretatt en systematisering av kunnskap og erfaringer med handlingsalternativer til tvang og noe av dette er prøvd ut i praksis gjennom prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang” (2007-08).
- Det er utarbeidet en registreringsveileder for å bidra til lik og fullstendig rapportering fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- Bruken av tvang er synliggjort i ulike datakilder og gjennom publiseringen av disse.

Etableringen av tjenester og systemer i psykisk helsevern for å yte nødvendig bistand til pasienter, pårørende og 1.linje i akutte situasjoner inngår som et tiltak i planen. I 2008 var det



etablert akutt-/kriseteam ved 30 av landets 75 Distriktpsikiatriske sentra. I tillegg hadde 66 DPS avsatt ressurser til akutt-/krisetjenester fra poliklinikken (89). Oppbyggingen av akutt- og krisetjenester ved DPS vil være et kontinuerlig arbeid i årene fremover, jfr. statsbudsjettet for 2009.

Etablering av ambulante funksjoner for oppfølging og behandling av personer med en langvarig og sammensatt psykisk lidelse er et annet tiltak i planen. Gjennom statsbudsjettet for 2009 er denne gruppen gjort til gjenstand for en egen satsing, bl.a gjennom oppbygging av ACT-teams (Assertive Community Teams) som er omtalt i Tiltaksplanen.

7 av tiltakene i planen er per i dag ikke gjennomført:

- Prøve ut ordninger med liasionvirksomhet mellom politi og akutteam<sup>16</sup>
- Utarbeide mal for kriseplaner.
- Gjøre systematiske forsøk med bruk av kriseplaner.
- Gjennomføre systematiske forsøk med verktøy for kartlegging og scoring av samtykkekompetanse.<sup>17</sup>
- Gjøre systematiske forsøk med verktøy som måler den enkelte pasients opplevelse av tvang på ulike stadier i innleggelses/behandlingsforløpet.
- Etablere egne opplæringsprogrammer/kurs for personell som arbeider innen tvungent psykisk helsevern.
- Gjennomgå innholdet i spesialistutdanningene og vurdere om det gis tilstrekkelig opplæring når det gjelder problemer og etiske dilemmaer knyttet til tvang.

### **10.3. Overordnet vurdering av planen**

#### *Mangel på forpliktende tiltak og tydelig ansvarsforankring*

Etter arbeidsgruppens vurdering inneholder den gjeldende tiltaksplanen i stor grad generelle og for lite målrettede tiltak. I tillegg fremstår mange av tiltakene som for lite forpliktende; bruken av ordene ”bør” eller ”bør vurderes” er utstrakt. Dette gjør at planen i stor grad fremstår som rådgivende og veiledende heller enn forpliktende. Denne mangelen på forpliktelse kan ha vanskeliggjort implementeringen av tiltakene. I en revidert tiltaks-/handlingsplan må det derfor formuleres konkrete og forpliktende tiltak, og gjennomføringsansvar og rapporteringskrav må være tydelig kommunisert. Det er særlig viktig å synliggjøre ansvar for gjennomføring av tiltak i klinisk praksis, både på system og individnivå, jfr de tiltakene i gjeldende tiltaksplan som det mangler oversikt over eller som ikke er gjennomført.

Etter arbeidsgruppens vurdering er det av avgjørende betydning for en vellykket implementering av en slik plan at den har en tydelig ansvarsforankring, både politisk og administrativt. Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang overfor personer med psykiske lidelser kan sikres nødvendig nasjonal politisk forankring i Stortinget.

Helsedirektoratet har hatt hovedansvaret for oppfølgingen av den foreliggende planen. Direktoratet har ingen instruksjonsmyndighet overfor det psykiske helsevernet, men har i stor grad en veiledende og rådgivende rolle. Dette tilsier etter arbeidsgruppens vurdering at Helse-

<sup>16</sup> Ikke iverksatt systematisk men en slik type samarbeid skal være etablert flere steder, blant annet i Oslo.

<sup>17</sup> Slike verktøy er ikke systematisk utprøvd men det finnes ulike verktøy som eventuelt kan benyttes.

og omsorgsdepartementet selv bør ta hovedansvaret for gjennomføringen av en revidert plan, men med delegert gjennomføringsansvar til Helsedirektoratet på bestemte områder. En forankring av planen i departementet vil gi den en større gjennomføringskraft og legitimitet overfor tjenestene, gitt departementets eierposisjon overfor de regionale helseforetakene og det psykiske helsevernet.

Arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang er et ledelsesansvar, jfr. oppdragsdokument til RHFene fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2009. Så langt arbeidsgruppen er kjent med er dette i liten grad fulgt opp med konkret planarbeid, verken på RHF-, HF-nivå eller ved det enkelte tjenestested. En viktig forutsetning for å realisere nasjonale ambisjoner på området er derfor ikke i tilstrekkelig grad til stede. Arbeidsgruppen vil anbefale at RHF-ene pålegges gjennom oppdragsdokumentet å utarbeide en strategisk handlingsplan for å kvalitetssikre og redusere og bruken av tvang regionalt og lokalt som grunnlag for sitt arbeid, og at slike planer også utarbeides for det enkelte HF. Ett element i disse planene må omhandle hvordan HF-enes samarbeidsavtaler med kommunene skal bidra i forhold til dette, samt hvordan opplysninger om faktisk tvangsbruk vil bli anvendt. De enkelte tjenestestedene må involveres i planarbeidet for å sikre at planene blir tilstrekkelig målrettede.

En viktig forutsetning for arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang er at det finnes tilgjengelig informasjon om utviklingen i tvangsbruk både nasjonalt og på det enkelte tjenestested. Det enkelte tjenestested må ha oversikt over egen tvangsbruk. Det er avdekket store mangler i data som rapporteres til Norsk Pasientregister når det gjelder bruk av tvang, og det er for tvangsområdet generelt derfor ikke mulig å dokumentere utvikling i tvangsbruk over tid på en tilfredsstillende måte (13;15). Komplette data om bruk av tvang i det psykiske helsevernet er en nødvendig forutsetning for å følge måloppnåelsen i en ny tiltaks-/handlingsplan. Arbeidet med å sikre komplett og riktig rapportering til NPR må derfor styrkes ytterligere. Kontinuerlig monitorering av tvangsbruk må inngå som et av tiltakene i planene på RHF/HF-nivå.

Arbeidsgruppen vil foreslå at det som en del av en ny handlingsplan etableres et evalueringsprogram, f.eks etter modell av forskningsprogrammet i regi av Norges forskningsråd som har evaluert gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse. Dette vil gjøre det mulig å følge måloppnåelsen på en mer systematisk måte.

### *Manglende helhet*

Etter arbeidsgruppens vurdering gir den gjeldende tiltaksplanen i all hovedsak en god problembeskrivelse. Arbeidsgruppen vil særlig fremheve planens vektlegging av prinsippet og kravet om at frivillighet skal ha vært forsøkt, og betydningen av økt tilgjengelighet ved DPSene i akutte situasjoner som viktig. Dette bør stå sentralt også i en revidert tiltaks-/handlingsplan.

Kommuneperspektivet er i liten grad ivaretatt både i beskrivelsen og i tiltakene i den eksisterende tiltaksplanen, som dermed fremstår som en ren ”spesialistplan”. Gjennom henvisningskravet har imidlertid kommunene en sentral rolle i etableringen av tvungen psykisk helsevern. Det samme gjelder gjennomføringen av tvungen psykisk helsevern uten døgn, som ofte er kombinert med behandling med legemidler uten pasientens samtykke og oppfølging i kommunehelsetjenesten. Kommuneperspektivet må integreres i en ny plan og følges opp med konkrete tiltak. Generelt må det sikres at det kommunale tilbudet når det

gjelder behandling, arbeid, bolig og sosial inkludering er av en slik kvalitet og kvantitet at det reelt bidrar til å redusere/unngå tvungent psykisk helsevern.

Arbeidsgruppens vil peke på at brukerperspektivet ikke er godt nok ivaretatt i den gjeldende planen. Planen har i stor grad et ”fagperspektiv” på brukervedvirkning ved at tjenestene skal ”ta brukeren med”. Brukerne bør tilkjennes mer innflytelse over egen helse og behandling, jfr kapittel 8 og 9. Det vises i den forbindelse til reguleringen av brukervedvirkning i gjeldende lovgivning, herunder pasientrettighetsloven. En revidert tiltaks-/handlingsplan bør gjenspeile dette.

En tiltaksplan må gjennomføres innenfor rammen av den til enhver tid gjeldende rett. Det er naturlig å se anbefalingene i en revidert tiltaksplan i sammenheng med gruppens innstilling for øvrig. Gjennomføringen av tiltaksplanen må likevel gjøres uavhengig av et eventuelt lovutvalg, jfr arbeidsgruppens innstilling. Det er behov for økt styrke og fokus på Tiltaksplanen uavhengig av eventuelle prosesser knyttet til lovgivningen, som vil ha et annet tidsperspektiv.

#### *Økt satsing på forskning og kunnskapsutvikling*

Arbeidet med denne rapporten har avdekket store mangler i internasjonal og nasjonal forskningsbasert kunnskap om bruk av tvang, både når det gjelder årsaker til, forekomst av, effekter av og virksomme intervensjoner for å redusere tvangsbruken. Samtidig har forskning om tvang gjennomført i andre land enn Norge ofte begrenset overføringsverdi grunnet ulik lovgivning og organisering av helsetjenesten. Forskningsinnsatsen i Norge på feltet er spredt, og involverer kun noen få miljøer og enkeltpersoner. Det nylig opprettede nettverket for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, vil sommeren 2009 legge fram et forslag til en forskningsplan på området. Det er per i dag ikke avsatt egne midler til å virkeliggjøre forskningsplanen. Arbeidsgruppen vil derfor be Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere hvordan denne planen kan sikres nødvendig finansiering.

Det foreslås i denne rapporten en rekke tiltak for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. En forutsetning for å vite om tiltakene har den tilsiktede effekt er at de underlegges evaluering, jfr ovenfor.

## **10.4. Arbeidsgruppens forslag til nye tiltak**

### **10.4.1. Tiltak for å redusere bruk av tvang ved etablering**

#### *Oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse*

Av de som tvangsinnlegges har det store flertallet alvorlig psykisk lidelse, ofte i form av schizofreni eller en affektiv lidelse, jfr. kapittel 4. En alvorlig psykisk lidelse oppstår sjelden akutt – den utvikler seg over tid. Det gjelder også ved tilbakefallsepisoder. Samtidig viser f.eks Multisenterstudien av akuttpsykiatri at 38 pst av de innlagte pasientene ved akuttavdelingene var henvist fra legevakten. 21 pst av pasientene var henvist av fastlegen, mens kun syv pst av pasientene var henvist fra poliklinikk eller dagtilbud ved DPS (90). Det er rimelig å anta at mange av de som innlegges fra legevakten både frivillig og med tvang, og som har en alvorlig psykisk lidelse, kunne og burde ha vært fanget opp tidligere av det kommunale tjenesteapparatet og DPSene. Dersom tvangsinnleggelsene skal reduseres må derfor personer med en alvorlig psykisk lidelse sikres en systematisk oppfølging. I tillegg til utvikling av tjenestetilbud spesielt rettet mot denne gruppen i kommunen og gjennom

utvikling av samarbeidsmodeller med psykisk helsevern (herunder Assertive Community Teams (ACT)), må samarbeidet mellom legevakt/fastlege, psykisk helsearbeid og DPS/akuttavdelinger være regulert gjennom samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene, og følges opp i etablerte samarbeidsfora.

#### *Godt utbygde distriktpsykiatriske sentra (DPS)*

Utbyggingen av DPSene og omstruktureringen av det psykiske helsevernet er ikke fullført alle steder, og det er til dels store variasjoner i tilbud og ressurser mellom DPSene (89;91). Tilbudet av akutt- og krisetjenester varierer.

Etter arbeidsgruppens vurdering er utbyggingen av kompetente DPS som også har døgnbaserte akutt- og krisetjenester en nødvendig forutsetning for å redusere antall innleggelses i akuttavdelingene, herunder tvangsinnleggelses. Det må sikres at veien inn i det psykiske helsevernet så langt som mulig går via DPS. Arbeidet med å etablere døgnbaserte akutt- og krisetjenester ved DPS må derfor videreføres og intensiveres, og det må legges vekt på muligheten til å rykke ut og gi nødvendig bistand til det kommunale apparatet og pårørende. DPSene må i tillegg pålegges å innføre en ordning med brukerstyrte plasser for pasienter i sitt opptaksområde som har en alvorlig psykisk lidelse, og som står i fare for gjentatte innleggelses, ofte med tvang.

#### *Godt utbygde kommunale tilbud*

Som en følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse og nedbyggingen av institusjonene bor personer med psykiske lidelser i all hovedsak i kommunene. Det er bygget opp omsorgsboliger og ulike andre tjenester i kommunene for å ivareta denne gruppen. På tross av dette er det mye som tyder på at det kommunale tilbudet ennå ikke er tilstrekkelig utbygd verken når det gjelder tilrettelagte boliger, hjemmesykepleie, hjemmetjenester, støttekontakter, lavterskel helsetjenester, jobb, skole og fritidstilbud. Det vises i den forbindelse til pasienttellingen i døgnavdelingene i det psykiske helsevernet. Tilstedeværelsen av slike tilbud for den enkelte er imidlertid en forutsetning for en vellykket rehabilitering og viktig for å forebygge tilbakefall.

Fra bruker- og pårørendeorganisasjonene er det flere ganger påpekt at opptrappingsplanens målsetting om 3400 boliger ikke er tilstrekkelig og at utbyggingen har gått for sent. Organisasjonene peker på at det reelle boligbehovet kan anslås til 6000 boliger.

Statistikken viser til dels store forskjeller i antall tvangsinnlagte per 10.000 innbyggere i ulike helseforetaksområder (8). Det er uvisst hva disse forskjellene skyldes. Antall tvangsinnleggelses ser imidlertid ut til å være lavere i områder med flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid (9). Etter gruppens vurdering er en fortsatt satsing på utbygging av gode, tverrfaglige kommunale tjenester som er tilpasset den enkelte brukers behov, en nødvendig forutsetning for å redusere antall innleggelses i psykisk helsevern, også tvangsinnleggelses. Godt samordnede tjenester og kontinuitet i relasjon til den enkelte bruker, er avgjørende for å forebygge tilbakefall. Det er også nødvendig å bygge opp et mangfold i tjenestetilbudet, slik at det eksisterer reelle valgmuligheter ut i fra den enkeltes behov og preferanser.

I en rapport fra Helsedirektoratet om Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (59) vises det til at det mangles lovhjemmel for å gripe inn der noen

brukere forfaller eller blir utnyttet. Det pekes på at beboernes rettssikkerhet svekkes dersom kommunene iverksetter kontrolltiltak som er i strid med Husleieloven og legalitetsprinsippet, og det vises til tilfeller der kontrolltiltak etableres og botilbud omgjøres til ”miniinstitusjoner” uten forankring i lov. Dette er bekymringsfullt og noe det bør sees nærmere på.

#### *Forebygging og tidlig intervensjon*

Det er viktig å legge til rette for at personer som utvikler eller er i fare for å utvikle en psykose kommer raskt til utredning og behandling. Varighet av ubehandlet psykose er i den vestlige verden oftest mellom ett og to år (37).

Tidlig intervensjon og behandling kan bidra til å redusere tvang ved at det tilbys hjelp på et så tidlig stadium at pasienten selv ønsker behandling. Opplysningskampanjer, skoleprogrammer og oppbygging av kompetanse i skolehelsetjenesten, hos fastlegen og psykisk helsearbeid i kommunen er sentrale virkemidler i forhold til å sikre tidlig oppdagelse. Det må samtidig etableres systemer og samarbeidsrutiner mellom de ovennevnte instansene og det psykiske helsevernet.

#### *Transport av psykisk syke - politiets rolle*

Tvangsinnleggelse skjer ofte med bistand fra politi. I multisenterstudien av akuttpsykiatri ble en fjerdedel av pasientene som ble innlagt på døgnavdeling fulgt av politiet. Det var stor variasjon mellom de ulike akuttavdelingene i hvor stor andel av pasientene som ble fulgt av politiet – ett sted gjaldt dette hele 40 pst (90).

I følge informasjon fra pasienter og pårørende benyttes ofte uniformert politi og håndjern både ved avhenting i hjemmet og fra legevakten. Dette skjer også i situasjoner hvor det i utgangspunktet verken foreligger fare for pasienten selv eller andre.

Det er helsetjenesten som har hovedansvaret for personer under tvungent psykisk helsevern (TVPH). I visse situasjoner har imidlertid politiet en plikt til å yte bistand. Det stilles imidlertid krav om at bistand fra politiet vurderes som *nødvendig*. Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av behovet for bistand, og det bør finnes rutiner ved institusjonen som sikrer at nødvendighetskravet ivaretas.

Politiets bistand er først og fremst nødvendig ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon. Bistand fra politiet vil også være aktuelt hvor personen antas å ville påføre seg selv eller andre skade, og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette. Bistand kan videre være aktuelt hvor det er nødvendig å bane seg adgang til hus, eller annet lokale.

Bruken av politi i forbindelse med innleggelse kan bidra til en unødvendig eskalering av situasjonen og gjøre det vanskelig å etablere en tillitsfull relasjon mellom pasient og behandler. Ved å benytte politiet i forbindelse med innleggelse i situasjoner hvor det strengt tatt ikke er nødvendig, bidrar det også til økt stigmatisering og kriminalisering av personer med en psykisk lidelse. En undersøkelse som intervjuet pasienter som hadde vært tvangsinnlagt viser at det å bli brakt til en psykiatrisk institusjon i håndjern var en av de opplevelsene som hadde vært mest traumatisk (92).

I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, er det klart nedfelt at ambulansetjenesten har et ansvar for å utføre transport av alle typer psykiatriske pasienter. Fra psykiatriske klinikker, pasienter og pårørende er det fremkommet et ønske om å tilrettelegge for å etablere en egen ambulanse tilpasset transport av pasienter med psykiske

lidelser. Dette gjelder transport av øyeblikkelig hjelp, transport mellom psykiatriske institusjoners ulike avdelinger, transport til og fra poliklinisk behandling, samt mellom helseforetak.

### ***Forslag til tiltak:***

#### *Sektorovergripende tiltak:*

- Sikre en systematisk oppfølging av personer med en langvarig og alvorlig psykisk lidelse fra kommunene og psykisk helsevern, gjennom etablering av ACT-team, brukerstyrte plasser og lignende.
- Personer som står i fare for gjentatte akuttinnleggelse får tilbud om å utarbeide en egen kriseplan som uttrykker hvordan brukeren ønsker å bli møtt i en krisesituasjon, hvem som bør kontaktes, behandlingsønsker, eventuelle behandlingsformer pasienten ikke ønsker med mer. I tillegg til personen selv bør relevante instanser i kommunen og i psykisk helsevern ha tilgang til planen.
- Personer med egen kriseplan gis anledning til å utnevne en tillitsperson som skal kontaktes ved behov for innleggelse og som kan ivareta pasientens interesser. Dette vil bidra til å trygge innleggelsessituasjonen og også føre til at flere velger å innlegges frivillig.
- Det satses på å bygge opp nyskapende og frivillige tiltak som:
  - a. Lavterskel krisesteder
  - b. Soteria-hus: Værested for mennesker i psykisk krise/nød. Basert på recovery-modell, empowerment, sosiale nettverk.
  - c. Earth-house: Bofellesskap for voksne mellom 18 og 40 år med diagnoser som "schizofreni" og "bipolar lidelse". Ingen gjerder eller låste dører. Beboerne omtales som studenter (ikke pasienter). Fokus på læring, sunn mat og fysisk aktivitet. <http://www.earthhouse.org/>
  - d. Åpne nettverkssamtaler: Nettverksbasert behandlingsopplegg som brukes ved psykoser. Kriseløsning. Vekt på likeverdig dialog. System uten terskel. (Jakko Seikkula, Finland)
  - e. Personlig Ombudsordning (tilsvarende [www.po-skane.org](http://www.po-skane.org))

#### *Tiltak i kommunene*

- Satsingen på å bygge opp gode kommunale tilbud for personer med psykiske lidelser i form av ulike typer boliger, hjemmetjenester, støttekontakter, arbeid, skole og fritidstilbud videreføres og styrkes, for å sikre gode rehabiliteringsforløp og hindre tilbakefall.
- Det bygges ut psykiatriske legevakter i de største byene etter modell av psykiatrisk legevakt i Oslo. På mindre steder, hvor det ikke er mulig å ha en egen psykiatrisk legevakt, bør det etableres et system hvor fastlege eller legevakt kan ringe en psykiater ihht en kontaktliste for å få råd. Dette for å kvalitetssikre fastlegens/legevaktlegens vurdering og beslutning.

- Det utarbeides en egen veileder for kommunenes arbeid med å forebygge tvungent psykisk helsevern. Veilederen må også omhandle kommunens rolle i etablering av tvungent psykisk helsevern, samt gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, herunder medikamentell behandling.
- Det prøves ut ordninger med utvidede kommunale dagtilbud på kveld og helg for å forebygge innleggelse.
- Det etableres døgnkontinuerlige tilbud i kommunene også for personer med psykiske lidelser, eventuelt gjennom interkommunale løsninger, som også innebærer mulighet til å gjøre hjemmebesøk med støtte fra DPS hvis situasjonen krever det. Personer pasienten har særlig tillit til bør være med på slike besøk (tillitsperson), jfr ovenfor.
- Allmenlegenes kompetanse i psykiatri styrkes gjennom grunnutdanning og turnustjeneste, blant annet for å sikre at de har nødvendig kompetanse i håndtering av akutt-/krisesituasjoner og suicidvurderinger.
- Det utvikles opplæringsmaterieell for relevant personale i kommunene, herunder ansatte i boliger, hjemmesykepleie m.m. Opplæringsmateriellet må ha fokus på faktorer som kan bidra til forverring av alvorlige psykiske lidelser og på de ansattes mestring av alvorlige symptomer hos pasienter, herunder mestring av aggresjon og sinne. Iverksetting av opplæringstiltak skal være kommunens ansvar.
- Personell i kommunene som arbeider med personer med alvorlige psykiske lidelser må sikres kontinuerlig veiledning i forhold til å forstå brukeren og takle egne holdninger og reaksjoner.
- Det foretas en nasjonal kartlegging av hvilke rettighetsinngripende tiltak kommuner har innført eller planlegger å innføre i forhold til mennesker med alvorlige lidelser, med særlig vekt på innholdet i kommunale botilbud. På bakgrunn av dette bør det eventuelt iverksettes et arbeid for å vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg som bor i kommunal bolig.

*Tiltak i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern:*

- Satsingen på å bygge ut kompetente DPS som også har døgnbaserte akutt- og krisetjenester videreføres og styrkes.
- Tjenestene pålegges gjennom oppdragsdokumentet til RHFene å etablere samarbeidsrutiner slik at akuttavdelingene rutinemessig melder fra til DPS, fastlege og kommunalt psykisk helsearbeid når personer med en kjent og alvorlig psykisk lidelse legges inn som øyeblikkelig hjelp fra kommunal legevakt. Et slikt system er under etablering ved Ullevål Universitetssykehus.
- Personer med psykiske lidelser sikres samme tilbud om ambulansetjenester som resten av befolkningen, og bruken av polititjenester ved transport av personer med psykiske lidelser bør reduseres. Det vises som eksempel til Psykiatriambulansen i Bergen på hvordan dette kan gjøres. Politiet kan ved behov bistå ambulanse- og/eller

helsepersonell i psykiatriambulansen. Personene som skal bemanne en slik psykiatriambulanse må inneha høy kompetanse og bred erfaring fra akuttpsykiatri.

- Politiets håndtering av psykisk syke personer skal skje på en mest mulig skånsom måte. Som hovedregel skal helsepersonell være tilstede når bistandsoppdraget gjennomføres. I den grad det er praktisk mulig bør politiet opptre i sivilt antrekk og med kjøretøy uten politimerking hvor dette er det beste for pasienten. Politiets bistand og rolle ved avhenting av personer med psykiske lidelser må kvalitetssikres gjennom revideringen av rundskrivet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke.

#### **10.4.2. Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang ved gjennomføring**

##### *Behandling med legemidler uten eget samtykke*

Psykisk helsevernloven gir det psykiske helsevernet anledning til å underlegge pasienter som er innlagt til tvungent psykisk helsevern behandling uten eget samtykke. Dette vil ofte innebære behandling med legemidler. For pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er behovet for fortsatt medikamentell behandling en viktig begrunnelse for å opprettholde tvangsvernet.

Tilbakemeldinger fra brukere viser at det formelle antallet tvangsbehandlingsvedtak som avdekkes i statistikken ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av omfanget. Ettersom psykisk helsevernloven gir anledning til å fatte tvangsbehandlingsvedtak overfor alle som er underlagt tvungent psykisk helsevern, vil antakelig en del pasienter "frivillig" gå med på å ta medisiner heller enn å bli medisinerert med tvang, dvs. en slags "frivillig tvang". Denne problematikken er høyst relevant også for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn.

I tråd med prinsippene i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven bør all behandling, også den medikamentelle, så langt som mulig være frivillig. En ny tiltaks-/handlingsplan må inneholde tiltak rettet inn mot dette.

##### *Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold*

Oversikten over omfanget av tvungent psykisk helsevern er svært mangelfull, jfr kapittel 4. Samtidig reiser ordningen vanskelige etiske spørsmål, jfr kapittel 8 og 9. Bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er derfor omstridt og gjenstand for debatt blant akademikere, fagfolk og brukere både i Norge og internasjonalt (13).

Etter det arbeidsgruppen kjenner til har det ikke vært foretatt en evaluering av om denne ordningen fungerer etter hensikten. Det har heller ikke vært foretatt egne kartlegginger av det tilbudet som gis til personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn fra kommuner og det psykiske helsevernet. Tilbakemeldinger fra brukere om hvordan denne ordningen oppleves å fungere, sammen med den mangelfulle rapporteringen fra tjenestene, gir grunn til bekymring. Det kan også være grunn til å se nærmere på hvordan pasientenes rettsikkerhet ivaretas ved denne ordningen.

##### *Bruk av tvangsmidler og skjerming*

Det kan være ulike årsaker til at en pasient opptrer på en måte som gjør at personalet finner det nødvendig å skjerme vedkommende eller benytte tvangsmidler. Pasientens atferd kan ha sammenheng med sykdommen (psykose, rus), men også være en reaksjon på situasjonen: Følelsen av å være innesperret og mangle kontroll, umyndiggjøring, mangel på



imøtekommenhet og respons på individuelle behov fra personalet med mer. Det er derfor viktig å forstå bakgrunnen for pasientens atferd og å se på problematisk atferd som et uttrykk for *behov* som pasienten har og som trenger å bli ivaretatt (93). Som en konsekvens av dette må det vektlegges et anerkjennende perspektiv i behandlingen hvor relasjonen til pasienten er av avgjørende betydning (94). Prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) ga nyttig kunnskap og erfaringer i forhold til dette som det bør bygges videre på i arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang (60).

Forskning viser at mange personalskader skjer i grensesettingssituasjoner og i situasjoner i tilknytning til isolat, skjerming og tvangsmiddelbruk. Situasjoner som ender opp med tvang kan f.eks ha startet med en krangel om en husregel (93). Alternative tilnærminger til bruk av husregler og restriksjoner kan dermed bidra til å forhindre slike eskalerende konfliktforløp og bør derfor gis økt oppmerksomhet i det tvangsreducerende arbeidet.

Det har vært gjennomført en del studier på sammenhengen mellom antall pasienter og bruk av tvangsmidler, da særlig knyttet til overbelegg. De fleste dokumenterer en slik sammenheng (95). I 2006 ble det avdekket et til dels betydelig overbelegg ved flere av akuttavdelingene i Norge (96).

Ved bygging av nye avdelinger, også akuttavdelinger, må det legges vekt på kunnskap om hvordan utforming kan virke konfliktforebyggende og helsefremmende og bidra til å redusere bruken av tvang (97;98). Erfaringene med nytt akuttpsykiatrisk bygg ved Sykehuset Telemark har vist betydningen av et romslig og fleksibelt bygg i forhold til å redusere bruken av tvangsmidler og skjerming. Betydningen av endrede fysiske lokaler og romløsninger i forhold reduksjon av tvang fremheves også i internasjonal litteratur (93). Dette er også knyttet til punktet over, helsefremmende omgivelser og akseptable arbeidsforhold for personalet.

#### *Opplevd tvang*

Forskning har vist at en vesentlig andel av de frivillig innlagte pasientene opplever å være underlagt tvang selv om de formelt er frivillig innlagt. Andelen pasienter som opplever dette varierer mellom ulike studier, jfr kapittel 7. Årsakene til dette kan være flere og knytte seg både til graden av press og overtalelse i forbindelse med innleggelsen, men også til forhold ved institusjonen: låste dører, rigide og omfattende husordensreglement, mangel på imøtekommenhet og individuell behandling med mer, jfr ovenfor. Arbeidet med redusert og kvalitetssikret bruk av tvang må ivareta også dette perspektivet.

#### *Brukerinvolvering og økt kompetanse hos pasienten*

I den eksisterende tiltaksplanen er økt brukerinvolvering og økt vektlegging av brukernes kompetanse fremhevet som viktig for å redusere bruken av tvang. I internasjonal litteratur fremheves hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debriefing som viktig for å forebygge tvang. Økt kompetanse hos pasienten i forhold til å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon på bedre måter, eksempelvis gjennom kriseforebyggende planer, pekes også på som viktig (93).

#### *Ledelse og opplæring*

Erfaringer fra arbeid med tvangsreduksjon i andre land viser at lederinvolvering på alle nivåer er en nødvendig forutsetning for å lykkes med å redusere bruken av tvang. Viktige aspekter her er utarbeidelsen av en felles visjon for virksomheten og en strategisk plan for tvangsreduksjon ved sykehuset. Endring av behandlingsfilosofi mot økt vekt på individuell og familierettet behandling, recovery, krisehåndtering samt trauma-informert behandling for å

unngå traumer ved tvangsbruk er andre viktige elementer som fremheves i internasjonal litteratur (93). Erfaringene fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang" synes å bekrefte dette (60). I Oppdragsdokumentet for 2009 slår Helse- og omsorgsdepartementet fast at arbeidet for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang er et ledelsesansvar. Dette må følges opp av departementet i tiden fremover.

I internasjonal litteratur fremheves betydningen av systematiske utdanningskurs rettet mot økt kompetanse hos personalet og ferdigheter i forhold til ny behandlingsfilosofi og måter å løse vanskelige situasjoner på i praksis uten tvang (93). Personalet i det psykiske helsevernet bør derfor sikres god opplæring, også i forhold til lovverket og etiske retningslinjer, herunder menneskerettighetene. De må ha trening i å håndtere personer i krise og i å møte pasienter på en anerkjennende måte.

Det finnes i dag metoder for å identifisere varselsignaler på forestående stress og truende atferd hos pasienter som er i en enhet over tid. Early recognition method (ERS) som er en videreføring av tenkningen i Early warning signs (99) er blant annet tatt i bruk i en pilotstudie ved sikkerhetsposten ved Sykehuset Buskerud HF. Her har pasienten i samarbeid med sykepleiere laget en plan for å komme potensielt voldelig og aggressiv adferd i forkjøpet gjennom. Lignende aggresjonsforebyggende rehabiliteringsmetode undervises i Norge for sikkerhetspsykiatrien (VIVO 2). Slik kunnskap bør implementeres i større deler av det psykiske helsevernet som en del av det tvangsreduserende arbeidet.

### **Forslag til tiltak:**

#### *Sektorovergripende tiltak:*

- Det gjennomføres en grundig evaluering av tilbudet og praktiseringen av ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, som grunnlag for en eventuell endring av psykisk helsevernloven.
- Undervisning i menneskerettigheter innføres som et obligatorisk emne i alle grunnutdanninger for helsepersonell.
- Tvang, og gjennomføring av ulike former for tvangstiltak i psykisk helsevern og problemstillinger og etiske dilemmaer knyttet til dette, gjøres til gjenstand for særskilt undervisning innenfor relevante videreutdanninger, herunder spesialistutdanningene for leger og psykologer.

#### *Tiltak i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern*

- I løpet av 10 år bør alle uhensiktsmessige bygg i det psykiske helsevernet være fjernet. Ved bygging av nye avdelinger, også akuttavdelinger, må det legges vekt på kunnskap om hvordan utforming kan virke konfliktforebyggende.
- Det innføres en null-toleranse for overbelegg ved akuttavdelingene.
- Det gjennomføres en utredning av muligheten for å igangsette forsøk med medikamentfri behandling i form av døgntilbud og alternativ psykosebehandling.

- Dersom frivillig innlagte pasienter behandles ved samme post som pasienter under tvungent psykisk helsevern må det iverksettes tiltak for å sikre reell frivillighet i tilbudet til de frivillig innlagte pasientene (for eksempel fri utgang).
- Akuttavdelingene iverksetter tiltak for å øke pasientenes kompetanse når det gjelder å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon, eksempelvis gjennom kriseforebyggende planer. Det utarbeides en nasjonal veileder basert på eksisterende kunnskap og erfaring om dette.
- Ansatte ved de psykiatriske sykehusavdelingene må sikres tilgang til nødvendig opplæring og veiledning. RHFene må pålegges å sette av nødvendige ressurser til dette. Det utformes i tillegg en nasjonal opplæringspakke rettet mot tvangsreduksjon og kvalitetssikret bruk av tvang som tilbys gratis til tjenestene. Opplæring i lovverk, menneskerettigheter, krisehåndtering og anerkjennende arbeidsmetodikk må stå sentralt i en slik pakke, herunder praktisk bruk og potensielle komplikasjoner ved bruk av tvangsmidler.
- Det iverksettes en gjennomgang av dagens praksis med hensyn til vedtak og gjennomføring av behandling med legemidler uten pasientens samtykke, og klagebehandling. Gjennomgangen legges til grunn for utarbeidelsen av en veileder til tjenestene.
- Det utarbeides en veileder om bruk av tvangsmidler for å bidra til at terskelen for å benytte dette heves og at praksis kvalitetssikres og blir mer enhetlig og trygg. Dette må følges opp med opplæring og veiledning.
- Det utarbeides en veileder for bruk av skjerming for å bidra til at terskelen for å benytte dette heves og at praksis kvalitetssikres og blir mer enhetlig. Dette må følges opp med opplæring og veiledning.
- De regionale helseforetakene må sørge for tilstrekkelig psykofarmakologisk kompetanse og i det psykiske helsevernet for å ivareta kravet til forsvarlig medikamentell behandling.

#### **10.4.3. Rettssikkerhet - kontroll og klagemuligheter**

Helt siden innføringen av sinnsykeloven i 1848 har kontrollkomisjonene hatt en sentral rolle i kontrollen av det psykiske helsevern i Norge. Det norske systemet med en kontrollkomisjon som består av personer med medisinsk kompetanse, pasient/pårørende erfaring, juridisk kompetanse og generell menneskekunnskap, synes å være unik i forhold til ordningene i de øvrige nordiske land. I mange land er det tillagt domstolene å treffe avgjørelser knyttet til en tvangsinnleggelse.

Vedtak om selve etableringen/opphevingen av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan i dag påklages til kontrollkomisjonen (KK). Det samme kan vedtak om skjerming, forbindelse med omverdenen, ransaking, beslag, urinprøve, tvangsmiddel og overføring mellom institusjoner/tvangsformer. KK vedtak vedrørende tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse, samt overføring, kan prøves for retten etter særlige regler i tvisteloven.

Både ved behandling av klage for kontrollkomisjon av disse sakene og senere for retten dekkes advokatutgifter av staten.

Når det gjelder vedtak om behandling uten pasientens samtykke, jfr. phvl. § 4-4, som regel tvangsmedisinering eller tvungen ernæring, er Fylkesmannen klageinstans. I disse sakene dekkes ikke advokatutgifter av staten etter rettshjelpsloven uten behovsprøving.

Helsetilsynet i fylket skal vurdere om den behandling som gis er faglig forsvarlig, både på individ og systemnivå, og behandler klager etter pasientrettighetsloven, for eksempel klage på rett til nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg.

I tillegg til klagebehandling er kontrollkomisjon tillagt kontrolloppgaver som skal gjennomføres av eget tiltak, det vil si uavhengig av om klage fremsettes. Den etterprøving som skal foretas av kontrollkomisjonen er:

- Dokumentkontroll<sup>18</sup>
- Tremånederskontroll<sup>19</sup>
- Ettårskontroll<sup>20</sup>

I tillegg til klage- og etterprøving av vedtak skal kontrollkomisjonen i den utstrekning det er mulig føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd.<sup>21</sup> KK skal også gjennomgå tvangsprotokollene.<sup>22</sup>

Kontrollkomisjonens rolle har vært oppe til diskusjon med jevne mellomrom. En sentral problemstilling har vært i hvilken grad KK er tilstrekkelig uavhengige på grunn av nærhet til institusjonen. I denne diskusjonen har det på den ene siden vært hevdet at nærheten øker kontrollkomisjonenes kunnskap og tilgjengelighet, mens den på den annen side utgjør en fare for at kommisjonene blir "stuevarme og institusjonstro". Det har også vært diskutert om kontrollkomisjonene har tilstrekkelig kompetanse til å kunne foreta en reell overprøving av institusjonenes avgjørelser.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2005 en evaluering av Kontrollkomisjonene (IS-1338). Evalueringen så hovedsakelig på kvaliteten i kontrollkomisjonsvedtakene, og hadde fokus på om deres praksis var i samsvar med gjeldende regelverk. Evalueringen viste at Kontrollkomisjonene i all hovedsak fungerer tilfredsstillende i denne sammenheng, men det ble identifisert en del forbedringsområder. Disse er fulgt opp av Helsedirektoratet i etterkant.

---

<sup>18</sup> Når noen er undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkomisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkomisjonen skal så snart som mulig forvise seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket er bygger på en vurdering av vilkårene i §§ 3-2 eller 3-3.

<sup>19</sup> Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkomisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern.

<sup>20</sup> Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkomisjonen samtykker i at vernet forlenges.

<sup>21</sup> Kontrollkomisjonens velferdskontroll er nedfelt i psykisk helsevernloven § 6 -1, annet ledd. KK kan ta opp saker av eget initiativ, eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken om med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

<sup>22</sup> Sykehuset har plikt til å føre vedtak om tvungen undersøkelse og behandling, tvangsmidler og skjerming inn i spesielle protokoller. Dette skal gi en oversikt over bruken av disse tiltakene ved institusjonen. Av kontrollkomisjonsforskriftens § 4-2 fremgår det at Kontrollkomisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak. Kontrollkomisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene hvor opplysninger om bruk av skjerming, tvangsmidler og behandling uten eget samtykke er ført inn.

Evalueringen avgrenset imidlertid mot en mer prinsipiell vurdering av ordningen som sådan, og forutsatte at resultatene fra evalueringen kunne danne grunnlag for en grundigere vurdering av ordningen. Det påpekes i rapporten s. 13 at det kan være behov for dette, og at brukerperspektivet bør stå sentralt i den videre oppfølging.

Arbeidsgruppen mener det kan være behov for å vurdere hvordan kontrollkommisjonsordningen fungerer i et bredere perspektiv enn det denne evalueringen la opp til. Det kan være grunn til å se nærmere på både organisering, mandat og arbeidsform, samt forholdet til andre tilsynsorganer.

Et sentralt tema bør være på hvilken måte kontrollordningen kan organiseres slik at den bidrar til å sikre en mer ensartet praksis og skjønnsutøvelse på landsbasis. Det vises som eksempel til at det i NOU 1988:8 s. 162 ble foreslått en ordning hvor KK opererer innen hele fylket og med varierende sammensetning fra sak til sak, slik at man får en viss sirkulasjon mht. hvem som behandler saker for de enkelte institusjonene. Et annet forslag er å opprette en sentral enhet som kan veilede og evaluere de enkelte KK for å kvalitetssikre deres virksomhet.

Videre er dagens velferdskontroll angitt som en sekundær oppgave i loven som det antas utøves med varierende innhold. Det bør vurderes om KK rolle og oppgaver utover klage- og etterprøving bør styrkes, eller om dette er en funksjon som bedre kan ivaretas av et styrket pasientombudsapparat.

#### ***Forslag til tiltak:***

- Det utarbeides nasjonale retningslinjer for å sikre likebehandling og en faglig forsvarlig skjønnsutøvelse ved bruken av tvang.
- Kontrollkommisjonenes arbeid følges opp og kvalitetssikres for å sikre lik praksis på landsbasis.
- Det foretas en evaluering av kontrollkommisjonsordningen når det gjelder organisering, mandat og arbeidsform, herunder tiltak for å motvirke eventuelle svakheter ved dagens ordning.
- Den menneskerettlige kompetanse ved kontroll- og tilsynsorganer styrkes, og det understrekes at disse gjennom sitt arbeid skal påse at menneskerettighetene blir ivaretatt.
- I Rogaland gjennomføres årlige møter der Fylkesmannen innkaller representanter fra helseforetakene, politi, helsetilsyn og kontrollkommisjoner for felles diskusjon av praksis og dilemmaer i forvaltningen av lovverket. En slik praksis anbefales implementert på nasjonalt nivå.

#### **10.4.3. Bedre dokumentasjon**

Kontinuerlig monitorering av tvangsbruk er en forutsetning for et målrettet arbeid med å redusere bruken av tvang, jfr. kap 10.3. Som et av tiltakene i nåværende tiltaksplan ble det utviklet en registreringsveileder for å bidra til lik og fullstendig rapportering fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister. Til tross for dette er det avdekket store mangler i disse

data når det gjelder bruk av tvang i senere års publikasjoner (13;15), og det er for tvangsområdet generelt derfor ikke mulig å dokumentere utvikling i tvangsbruk på en tilfredsstillende måte.

Helsedirektoratet utviklet i samarbeid med KITH en standard for registrering av de fleste vedtak om tvang i det psykiske helsevernet i 2008. Denne er forutsatt implementert i helseforetakenes EPJ-systemer, og inneholder et sett av spesialiserte søkefunksjoner som gir mulighet for oversikt over bruk av tvang på individ-, enhets- eller virksomhetsnivå. Standarden er våren 2009 på langt nær implementert i institusjonenes pasientadministrative systemer slik det var forutsatt i 2008, og synes i liten grad kjent i det kliniske felt. Slik tvangsopplysninger i dag registreres og lagres er de lite anvendelig i lokalt arbeid med å kvalitetssikre og redusere bruken av tvang.

### **Forslag til tiltak:**

- Helse- og omsorgsdepartementet pålegger RHF-ene å sikre at standarden for registrering av de fleste vedtak om tvang i det psykiske helsevernet er implementert i HF-enes EPJ-systemer innen utløpet av 2009. Dette må også inngå som et av tiltakene i tiltaksplanene på RHF/HF-nivå. Det må vurderes særskilte reaksjoner overfor RHF/HF som innen utgangen av 2009 ikke har egnede systemer for slik monitorering.
- Det settes av nødvendige ressurser til å gjennomføre særskilte opplæringstiltak for de vedtaksansvarlige i alle HF i bruk av standarden for registrering av tvang samt i søkefunksjoner. Dette må inkludere opplæring i Norsk pasientregisters veileder for registrering av pasientopplysninger.
- Det etableres et dokumentasjonssenter for klager på krenkelser og overgrep påført pasienter/brukere og pårørende gjennom psykisk helsevern og det kommunale tjenesteapparat . Senteret må ha en uavhengig status og være bemannet med bl. a ekspertise på menneskerettigheter. Senteret bør kunne gi veiledning og kunne bistå pasientombudene med kompetanse.

## 11. Bakgrunnsdokumenter

### Offentlige dokumenter

- NOU 1988:5 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke.  
Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern  
Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv.  
Ot.prp.nr.64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar uten samtykkekompetanse)  
Innst. O. nr. 73 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)  
Innst. O. nr. 66 (2005-2006) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv.  
Innst.O.nr.11 (2006-2007) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar uten samtykkekompetanse)  
St.meld.nr.25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.
- Rundskriv IS 10/2008 Lov om pasientrettigheter kap 4A, Helsedirektoratet  
Veileder IS-1388/2006 Distriktpsikiatriske sentre  
Rapport IS-1338/2006 Evaluering av kontrollkommisjonene, Sosial- og helsedirektoratet  
Rapport 4/2004 Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer, Statens helsetilsyn  
Rapport 4/2009 Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud ved DPS, Statens helsetilsyn

### Litteratur, artikler

- Syse, Aslak, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, Oslo 2007  
Syse, Aslak, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Oslo 2004  
Høyen og Dalgard, *Lærebok i rettspsykiatri*, 2002  
Riedl og Elde *Psykisk helsevernloven med nøkkellokumentarer*, Oslo 2008
- Høyen, Georg *Tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettssikkerhet*, Lov og Rett 1995  
R Pedersen, B Hofmann, M Mangset. *Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1644-7.

## 12. Litteraturliste

1. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
2. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Ot.prp. nr 11 (1998-99).
3. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 1995;19(2):105-26.
4. Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey EP, Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study. II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 1995;19(2):127-48.
5. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* 1995;19(2):149-74.
6. Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. Ot.prp. nr. 65 (2005-2006).
7. Gulating lagmannsrett LG-2005-68969. Dom av 5. juli 2005.
8. SAMDATA. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. Rapport 2008:2. Tilgjengelig fra: [www.sintef.org/project/Samdata/rapporter/Samdata%20sektorrapport%20for%20det%20psykiske%20helsevernet%202007.pdf](http://www.sintef.org/project/Samdata/rapporter/Samdata%20sektorrapport%20for%20det%20psykiske%20helsevernet%202007.pdf)
9. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A4319. Tilgjengelig fra: [www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport\\_SINTEF\\_A4319\\_Tvungent\\_psykiskhelsevern\\_med\\_dognopphold\\_2001\\_2006\\_Sluttrapport.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_SINTEF_A4319_Tvungent_psykiskhelsevern_med_dognopphold_2001_2006_Sluttrapport.pdf)
10. Pedersen PB, Bjerkan AM. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A7588.
11. SAMDATA. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. Trondheim: SINTEF Helse; 2007. Rapport 2007:2. Tilgjengelig fra: [www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Sektorrapport\\_psyk\\_2006/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20det%20psykiske%20helsevernet%202006.pdf](http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Sektorrapport_psyk_2006/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20det%20psykiske%20helsevernet%202006.pdf)
12. Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB, Hatling T. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn; 2009.
13. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A8237.



14. Bruk av tvang i psykisk helsevern. Oslo: Helsetilsynet; 2006. Rapport 2006:4.  
Tilgjengelig fra:  
[www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport4\\_2006.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport4_2006.pdf)
15. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A8231.
16. Hagen H, Lilleeng S. Estimering av antall individer som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2005. Tjenestetilbudet til individer – fra episodedata til individdata innen psykisk helsevern. Trondheim: SINTEF Helse; 2007. SINTEF rapport A1198.
17. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-8.
18. Rubin WV, Snapp MB, Panzano PC, Taynor J. Variation in civil commitment processes across jurisdictions: an approach for monitoring and managing change in mental health systems. *J Ment Health Adm* 1996;23(4):375-88.
19. Large MM, Nielsens O, Ryan CJ, Hayes R. Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(3):251-6.
20. Kjellin L, Ostman O, Ostman M. Compulsory psychiatric care in Sweden: development 1979-2002 and area variation. *Int J Law Psychiatry* 2008;31(1):51-9.
21. Kjellin L. Compulsory psychiatric care in Sweden 1979-1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(2):90-6.
22. Fioritti A, Lo RL, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *Am J Psychiatry* 1997;154(1):94-8.
23. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(1):3-8.
24. Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(10):797-803.
25. Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2002. Tilgjengelig fra:  
[www.mentalhealthalliance.org.uk/policy/documents/salize.pdf](http://www.mentalhealthalliance.org.uk/policy/documents/salize.pdf)
26. Thune GH. Overgrep: søkelys på psykiatrien. Oslo: Abstrakt forlag; 2008.
27. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. Innst. O. nr. 66 (2005-2006).
28. Norsk psykiatrisk forening [nettside]. Oslo: Norsk psykiatrisk forening [oppdatert 2009; lest 15 mai 2009]. Tilgjengelig fra: [www.norskpsykiatriskforening.no/](http://www.norskpsykiatriskforening.no/)

29. Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A - Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
30. Høyer G, Dalgard OS. Lærebok i rettspsykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.
31. Disability - introduction [nettside]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [oppdatert 2009; lest 15 Mai 2009]. Tilgjengelig fra: [www2.ohchr.org/english/issues/disability/intro.htm#human](http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/intro.htm#human)
32. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [nettside]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [oppdatert 2009; lest 15 mai 2009]. Tilgjengelig fra: [www2.ohchr.org/english/issues/health/right/](http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/)
33. Promotion and Protection of All Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, including the Right to Development. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak. New York: UN General Assembly; UN Human Rights Council; 2009. Tilgjengelig fra: [daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/101/61/PDF/G0810161.pdf?OpenElement](http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/101/61/PDF/G0810161.pdf?OpenElement)
34. Large MM, Nielssen OB, Lackersteen SM. Did the introduction of 'dangerousness' and 'risk of harm' criteria in mental health laws increase the incidence of suicide in the United States of America? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Under publisering 2009.
35. Nielssen OB, Large MM. Untreated psychotic illness in the survivors of violent suicide attempts. Early Intervention in Psychiatry 2009;3(2):116-22.
36. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511\\_Selvmord\\_kor\\_36439a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf)
37. Skapes helse, skapes velferd - helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00051/Utviklingstrekk\\_i\\_he\\_51899a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00051/Utviklingstrekk_i_he_51899a.pdf)
38. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009. CG 82. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG82>
39. Felleskatalogen. Oslo: Felleskatalogen AS; 2009. Tilgjengelig fra: [www.felleskatalogen.no/](http://www.felleskatalogen.no/).
40. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007;64(10):1123-31.

41. Valenstein ES. Blaming the brain: the truth about drugs and mental health. New York: Free Press; 1998.
42. Rund BR. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? *Nord J Psychiatry* 2009;63(3):196-201.
43. Bentall RP, Morrison AP. More harm than good: the case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *J Ment Health* 2002;11(4):351-6.
44. Andreassen OA, Bentsen H. Metabolske og kardiovaskulære bivirkninger av moderne antipsykotika. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004;124(2):181-2.
45. Read J, Moshier LR, Bentall RP, red. Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia. London: Routledge; 2004.
46. Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
47. Ray WA, Meador KG. Antipsychotics and sudden death: is thioridazine the only bad actor? *Br J Psychiatry* 2002;180:483-4.
48. Morbidity and Mortality in People with Severe Mental Conditions. Medical Directors Council; July 2006; Alexandria, Virginia: National Association of State Mental Health Program Directors; 2006.
49. Simonsen T, Aarbakke J, Lysaa R. Illustrert farmakologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
50. Aursnes I. Feil medisin? [kronikk]. *Dagbladet*. 10 aug 2007; Del 1, s. 54.
51. Leucht S, Barnes TR, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1209-22.
52. Harding CW. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. I: Davidson L, Harding C, Spaniol L, red. Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice, Volume 1. Boston, Mass.: Boston University; 2005.
53. Topor A. Vad hjälper?: vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Stockholm: Natur och kultur; 2004.
54. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan\\_for\\_redu\\_10902a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan_for_redu_10902a.pdf)
55. Aarre T, Bugge P. Tvangsbruk drep tillit [kronikk]. *Aftenposten (morgenutgave)*. 28 jan 2008; Seksjon: Kronikk - Del: 2, s. 4.

56. Nytingnes O. Notat om tvangstallene fra Helsetilsynet 4/2006 [nettside]. Oslo: Rådet for psykisk helse [oppdatert 2009; lest 15 mai 2009]. Tilgjengelig fra: [www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28760](http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28760)
57. Hofstad A, Stokke O. Tilfeldig tvang mot psykisk syke - hvilken psykiater du møter avgjør om tvang blir brukt eller ikke. Aftenposten (morgenutgave). 21 apr 2009; Seksjon: Nyheter - Del: 1, s. 4.
58. Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128(1):32-5.
59. Huus G, Storm-Olsen B, Herheim Å. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00060/IS-1554\\_60609a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00060/IS-1554_60609a.pdf)
60. Norvoll R, Hatling T, Hem K-G. Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT). Trondheim: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A8450.
61. Expert Seminar on Freedom from Torture and Ill Treatment and Persons with Disabilities - Report. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2007. Tilgjengelig fra: [www2.ohchr.org/English/issues/disability/docs/torture/seminartorturereportfinal.doc](http://www2.ohchr.org/English/issues/disability/docs/torture/seminartorturereportfinal.doc)
62. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN General Assembly; Human Rights Council; 2009. Tilgjengelig fra: [www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf)
63. Hoyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjonsdottir M, et al. Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. Int J Law Psychiatry 2002;25(2):93-108.
64. Sørgaard KW. Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester: en litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk psykologforening 1996;33(1):11-25.
65. Kogstad R. Vendepunkt - byggesteiner i bedringsprosessen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004;1(4):41-9.
66. Øye I. Gjest i eget liv. I: Steen T, red. Asylet. Oslo: Aschehoug; 2005. s. 146-75.
67. Pedersen KL. Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole; 2006. FOU-rapport 2006:2.
68. Lauveng A. I morgen var jeg alltid en løve. Oslo: Cappelen; 2006.
69. Norvoll R. Det lukkede rom: bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter [doktoravhandling]. Oslo: Unipub; 2007.

70. Vaaland TØ. Brev til en minister: historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
71. Stastny P, Lehmann P, red. Alternatives beyond psychiatry. Berlin: Peter Lehmann publ.; 2007.
72. Svindseth MF, Dahl AA, Hatling T. Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nord J Psychiatry* 2007;61(1):47-53.
73. Myrvold TM. Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2008. NIBR Rapport 2008:16. Tilgjengelig fra: [www.nibr.no/uploads/publications/727f605671a15ce27e334873b543fc02.pdf](http://www.nibr.no/uploads/publications/727f605671a15ce27e334873b543fc02.pdf)
74. Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner for forvaring. Oslo: Justis- og politidepartementet; 2009.
75. Osher FC, Steadman HJ. Adapting evidence-based practices for persons with mental illness involved with the criminal justice system. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1472-8.
76. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(5):393-401.
77. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nord J Psychiatry* 2009;63(2):124-31.
78. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):716-27.
79. Nielssen O, Large M. Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. Under publisering 2009.
80. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull* 2004;30(1):31-44.
81. Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004;30(1):59-72.
82. Self harm and violence towards nursing staff more likely in locked up mental health patients. *Nursing Times* 8 des 2008. Tilgjengelig fra: [www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/self-harm-and-violence-towards-nursing-staff-more-likely-in-locked-up-mental-health-patients/1944145.article](http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/self-harm-and-violence-towards-nursing-staff-more-likely-in-locked-up-mental-health-patients/1944145.article)
83. Breggin PR. Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): a review and analysis. *Int J Risk Safety in Med* 2003;(16):31-49.

84. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York: United Nations: General Assembly; 2009. A/63/150. Tilgjengelig fra:  
[www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A\\_63\\_175\\_en.doc](http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc)
85. Dignity and Justice for Detainees Week. Information Note No. 4. Persons with Disabilities. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); 2009. Tilgjengelig fra:  
[www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention\\_infonote\\_4.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf)
86. Syse A. Psykisk helsevernloven: lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: kommentarutgave med forskrifter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
87. Aursnes I. Innlegg for arbeidsgruppen 30. mars 2009.
88. Nystadnes T. EPJ standard: enkelte vedtak om tvang i det psykiske helsevern. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren; 2008. Tilgjengelig fra: [www.kith.no/upload/4139/R02-07EPJ-vedtak-psykisk-helsevern\\_v099.pdf](http://www.kith.no/upload/4139/R02-07EPJ-vedtak-psykisk-helsevern_v099.pdf)
89. Kartlegging av de Distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008. Høvik: Muusmann Research & Consulting; 2008. Rapport 6093. Tilgjengelig fra:  
[www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00080/kartlegging\\_av\\_de\\_Di\\_80869a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00080/kartlegging_av_de_Di_80869a.pdf)
90. Ruud T, Gråwe RW, Hatling T. Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie. Trondheim: SINTEF Helse; 2006. SINTEF rapport A310. Tilgjengelig fra: [www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/MAPWeb.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/MAPWeb.pdf)
91. DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Oslo: Statens helsetilsyn; 2009. Rapport 2009:4. Tilgjengelig fra:  
[www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport4\\_2009.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport4_2009.pdf)
92. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1123-33.
93. Norvoll R. Brukerorientert alternativ til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur. Delrapport 1. Trondheim: SINTEF Helse; 2008.
94. Vatne S. Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
95. Pedersen PB, Hatling T, Røhme K. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller? Trondheim: SINTEF Helse; 2007.
96. Gjennomgang av akutfunksjonene 2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.

97. Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J. Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(2):108-14.
98. Karlin BE, Zeiss RA. Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1376-8.
99. Fluttert F, Van Meijel B, Webster C, Nijman H, Bartels A, Grypdonck M. Risk Management by Early Recognition of Warning Signs in Patients in Forensic Psychiatric Care. *Arch Psychiatr Nurs* 2008;22(4):208-16.

## **Vedlegg**

1. Brev av 21.06.2006 fra Mental helse Norge og Psykologforeningen.
2. Utredning, professor Aslak Syse om menneskerettigheter
3. Utredning, professor Georg Høyser om effekt av behandling ved bruk av tvang
4. Lovforslag til endringer i §§ 2-1, 3-3, 4-4 og 7-1, av professor Jan Fridthjof Bernt
5. Særuttalelse fra Mette Ellingsdalen, Hege Orefellen og Bjørg Njaa



Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Oslo, 21. juni 2006  
Ref.: 1114/06/AMA/rj

**Vedrørende Innst. O. nr 66 (2005-2006):**  
**Om lov om endring i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.**

Vi viser til Helse- og omsorgskomiteens innstilling fra 1. juni i år om ovennevnte. Både Psykologforeningen og Mental Helse var til stede på komiteens høringsmøte 11. mai, og vi ønsker med denne henvendelsen å følge opp komiteens merknader til kravet om Legeundersøkelse § 3-1 og kravet om to legeundersøkelser i § 3-2 og §3-3, samt våre innspill vedrørende behandlingskriteriet i § 3-3.

**Kriterier for innleggelse**

Vi har merket oss at både flertallet ved Arbeiderpartiet, Sosialistisk venstreparti og Senterpartiet og et mindretall bestående av Kristelig Folkeparti, Høyre og Venstre har laget merknader til kravet om legeundersøkelse i § 3-1 og kravet om to legeundersøkelser i § 3-2 og 3-3. I begge merknadene vises det til Innst. O. nr. 58 (1998-99), hvor det står at "en psykolog er kvalifisert til å treffe avgjørelser i psykologfaglige spørsmål og til å behandle psykiske lidelser på selvstendig grunnlag".

Som det er kommet frem i Psykologforeningens høringssvar til revisjonsutkastet og samme forenings uttalelser til Helse- og omsorgskomiteen i forbindelse med høring 11. mai, mener vi disse kravene medfører unødvendig ressursbruk og i en del tilfeller hindrer utprøving av frivillige tiltak før eventuell innleggelse.

Fortsatt er det viktig at det er en uavhengig fagperson som står for undersøkelsen utenfor institusjon, men det er fullt faglig forsvarlig at dette er en psykolog. Ved innleggelse vil en ofte som lovgiver tenke på fastlegens rolle eller på legevakten. Det er imidlertid et krav i loven at frivillig vern skal være forsøkt. På poliklinikkene i Norge er psykologene den største yrkesgruppen med selvstendig diagnostisk kompetanse. Denne utviklingen vil bli ytterligere forsterket når vi får bygget ut flere ambulante team. De ambulante teamene må være sentrale i forhold til at "Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt....". Men det er ikke til å unngå at det også blir nødvendig med noen tvangsinnlegger også der hvor ambulante team har forsøkt sine tiltak.

Det vil i mange tilfeller ikke være mulig for ambulante team å ha med lege ut på hjemmebesøk. Det er derfor viktig psykologen kan utføre undersøkelse og undertegne innleggelsesbegjæring. Dette er åpenbart en mer forsvarlig løsning enn å tilkalle en

legevaktslege. På sykehuset må det alltid gjøres en forsvarlig somatisk undersøkelse – uansett hvem som er faglig ansvarlig for vedtak. Vanligvis gjøres dette av assistentlegen. Slik bør det fortsatt være.

I grove tall skjer 50% av tvangsinnleggelsene gjennom legevakt, 25% gjennom poliklinikk ved Distriktpsykiatrisk senter (DPS) og 25% ved fastlege. Legevakten trer ofte til utenom ordinær arbeidstid. Da er ikke fastlegene der. Det arbeides for å utvide åpningstidene ved DPS-ene, og i tråd med Opptrappingsplanen arbeides det for å få ambulante team som skal være tilgjengelige ut over ordinær arbeidstid. Det må være et mål at pasientene blir tatt i mot ved DPS/ambulante team, når de er alvorlig syke og i en krisetilstand – altså at henvendelser kommer til DPS og ikke til legevakten. Dette vil ikke skje, hvis ikke dagens lovtekst blir endret.

I § 3-3 er det et kriterium for gyldig vedtak om tvungent psykisk helsevern at "Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpentbart formålsløst å forsøke dette".

Legevaktlegen er ikke i den posisjon at det er mulig å forsøke "frivillig psykisk helsevern". Dermed ender mange situasjoner med at "det er åpenbart formålsøst å forsøke dette".

Det er også en realitet at legevaktlegen ofte "tvinges" til å framstille pasientens sykdom som mer alvorlig enn den er, med påfølgende tvangsinnleggelse, fordi legevakten ikke har tiltak å spille på. Det ville et ambulant team kunne hatt.

Utvidet åpningstid ved poliklinikkene og videre utbygging av ambulante team kan bedre situasjonen for pasientene - og etter vår mening også for legevaktlegene. Det er imidlertid en illusjon å tro at legetilgjengeligheten er god nok til å dekke utvidede åpningstider og ambulante team. Vi ser en større økning av antall psykologer i tjenestene. De burde i mye større grad være ansvarlige i disse situasjonene. I motsatt fall vil ikke politi/legevakt eller andre kunne bruke ambulante team til tvangsvurderinger. Dermed er de nødt til å fortsette dagens praksis med direkte og ofte unødvendige innleggelse i akuttavdeling – en avdelingstype som i dag er overbelastet.

Svært mange av de tvangsinnleggelse som foregår gjennom DPS, gjennomføres etter vurdering av psykolog, mens legen bare skriver under. I de (mange) tilfeller det ikke er lege til stede, må psykologen reise rundt til fastlege, evt legevakt med pasienten for å få en lege til å skrive under på innleggelseserklæringen. Det er også et viktig poeng at de aller fleste tvangsinnleggelse er reinnleggelse, dvs. at pasienten oftest er kjent for psykologen på DPS.

Det har vært fremhevet legens muligheter for å vurdere eventuell somatisk sykdom som årsak eller medvirkning til psykisk lidelse. Dette poenget er viktig, men aspektet ivaretas av legeundersøkelsen som gjøres, og skal gjøres, på den institusjonen som mottar pasienten.

Vi ber om at departementet følger opp Helse- og omsorgskomiteens merknader i dette spørsmålet, slik at det kan komme endringer i loven raskest mulig.

### Kriterier for tvungent psykisk helsevern.

Ved tvangsinnleggelse stiller dagens lovgivning (§ 3-3 i Psykisk helsevernloven) krav om alvorlig sinnslidelse og at enten a. behandlingsskriteriet eller b. farekriteriet er oppfylt.

Lovgiverne har i disse dager besluttet visse endringer i Psykisk helsevernloven. Revisjonen av norsk helselovgivning som trådte i kraft 1. januar 2001 bygger i stor grad på

1

samfunnsmessige endringer i menneskesyn og menneskets selvbestemmelsesrett i tråd med internasjonale menneskerettighetsprinsipper. Det overordnede prinsippet for den nye helselovgivningen er å sette pasienten i sentrum. Det informerte samtykket, samt tilgjengelige og nære behandlingstilbud står som sentrale bjelker ikke minst i Pasientrettighetsloven.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har etter de siste endringer i Psykisk helsevernloven (juni 2006) de samme rettigheter etter Pasientrettighetsloven som resten av befolkningen. §3-3 i Psykisk helsevernloven lovfester visse unntak. Mental Helse Norge har foreslått at behandlingskriteriet (tilleggs-kriterie a. i §3-3) utgår som grunnlag for tvangsinnleggelse. Norsk Psykologforening støtter dette forslaget, og anbefaler utredning og utprøving av muligheten for å ta behandlingskriteriet ut av lovverket. Er det faglige og menneskerettslige gode grunner for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal ha rett til selv å bestemme om de vil motta behandling for sin lidelse, på lik linje med resten av befolkningen? Hvis en psykisk frisk person motsetter seg behandling etter at omfattende informasjon er gitt om behandlingstilbudet, har den psykisk friske personen rett til å nekte behandling. Den psykisk syke blir tvangsinnlagt.

De aller fleste pasienter som tvangsinnlegges i dag, legges inn med grunnlag i behandlingskriteriet, ikke farekriteriet (fare for selv eller andre). Statusrapport fra SINTEF (Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter 4 år; 2003) viser at det i 2002 kun var 4 % av tvangsinnleggelser på sykehus etter farekriteriet alene, 77% etter behandlingskriteriet og 18% en kombinasjon av vilkår 1 og 2.

En tvangsinnleggelse er en alvorlig krenkelse av en persons integritet og bør bare skje hvis det er svært vektige grunner for det. I Norge har vi som nevnt ovenfor lovbestemmelser som tillater tvangsinnleggelse, dvs. et alvorlig inngrep, for å hindre fare for andres eller eget liv, eller for å gi den syke nødvendig behandling/omsorg som vi mener det er riktig å gi pasienten. Omsorgsprinsippet har stått sterkt i den norske tradisjon, og for psykisk syke, sterkere enn autonomiprinsippet. Forslaget her går ut på at vi skal se nærmere på behandlingskriteriet som grunnlag for tvangsinnleggelse, sett i lys av menneskerettighetsprinsipper. Behov for behandling/omsorg versus rett til selv å bestemme er sentrale refleksjonstemaer.

Fagorganisasjonene og myndighetene har i mange år fokusert på og hørt brukere og brukerorganisasjoner snakke om tvangsinnleggelser og deres erfaringer med denne alvorlige inngripen i deres liv. Erfaringene vi hører om er at krenkelsen ved tvangsinnleggelser er dramatisk og at hjelpeapparatet bør gå langt for å sikre adekvat behandling uten å måtte bruke tvang. Krenkelsen ved tvangsbruk kan for mange være så stor at de positive effektene ved behandling ikke oppveier skadene. For enkelte som tvangsbehandles vil det dog være et tidsspørsmål før effekten av medikamentell behandling og dermed symptomdemping medfører positive endringer. Behandlingsapparatet kommer da i posisjon til å behandle videre og igangsette flere gode behandlingstiltak rundt pasienten, med eller uten tvang. Det er ingen tvil om at enkeltindivider kan oppleve takknemlighet ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering nettopp fordi lidelsen medførte en realitetsbrist. Andre igjen vil aldri akseptere tvangsinngrepet, og behandlingsapparatet vil aldri komme i posisjon til å kunne tilby noe mer enn tvangsmedisinering, nettopp fordi tvang ble brukt. Det er i dette spennet mellom alvorlig krenkelse og menneskelig ivaretagelse dilemmaet i forhold til behandlingskriteriet ligger.

Hvis behandlingskriteriet skal bortfalle, vil det bli nødvendig å sette behandlingsapparatet i stand til å vurdere farekriteriet på et mer solid grunnlag enn det som ofte er tilfelle for dagens

Psykisk helsevern. I dag brukes behandlingskriteriet antageligvis såpass ofte fordi det kreves spisskompetanse å vurdere farekriteriet (både suicid og farlighet for andre). Myndighetene må sikre at Psykisk helsevern har den nødvendige kompetanse til å ivareta individer og samfunnet ved evt. fare for liv eller alvorlig skade. Alvorlig psykisk syke mennesker som er til fare for seg selv eller andre må beskyttes. Disse pasientene må også unngå å bli kriminalisert. Mental Helse Norge, Norsk Psykologforening og de aller fleste andre instanser anser at farekriteriet, sammen med hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse, bør beholdes som grunnlag for tvangsinnleggelse.

DPS'enes evne og kapasitet til å følge opp pasienter med psykiske lidelser i nærmiljøet må ytterligere bygges ut før man vil kunne observere en naturlig reduksjon i bruk av tvang. Opptrappingsplanen for psykisk helse har tilgjengelighet og nærhet som viktige hovedprinsipper. Utbygging av Psykisk helsevern på DPS nivå har vært hovedsatsingsområdet for spesialisthelsetjenesten i opptrappingsperioden. Dette arbeidet er godt i gang, men langt ifra ferdig. Mange DPS'er har utviklet tilbud som ambulerende tjenester og mer oppsøkende virksomhet. Holdningen om at alvorlig psykisk syke mennesker må tvangsinnlegges hvis de ikke kommer til sine avtalte timer på poliklinikken er utdatert. Helsepersonell jobber i større og større grad ambulerende. Fleksibel, tålmodig og motivasjonsøkende behandlingstilnærming er viktige prinsipper å ha med seg i arbeidet med de alvorlig psykisk syke og ikke minst pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk.

#### Viktige spørsmål å diskutere og avklare i det videre arbeidet rundt behandlingskriteriet:

- Skal mennesker med alvorlige psykiske lidelser ha samme rettighetene som resten av befolkningen ved at de selv skal få bestemme om de vil motta nødvendig behandling for sin psykiske lidelse? Gitt at de har fått grundig informasjon om behandlingstilbudene, og konsekvensene av behandling/ikke behandling. Gitt at de ikke er til fare for seg selv eller andre.
- Hvor skal grensen for farekriteriet gå? Når vurderes en psykisk syk person å være i fare for alvorlig helseskade? Grenseoppganger for hvor langt samfunnet skal gå i å tillate at noen forkommer må trekkes. Justering av dagens fortolkning av farekriteriet, samt heving av kunnskapsnivået hos helsepersonell ved vurdering av farlighet/suicidfare/alvorlig helseskade anbefales.
- Hvilket utvidet ansvar må hjelpeapparatet påta seg hvis behandlingskriteriet skal kunne falle bort? Slik spesialisthelsetjenesten fungerer nå, er det fremdeles mange DPS'er og poliklinikker som ikke driver med oppfølgende/ambulerende tjenester. Mange helsepersonell har også en holdning til behandling som gjør at alvorlig psykisk syke mennesker kan bli skrevet ut fra poliklinisk behandling eller tvangsinnlagt hvis de ikke møter til avtalte timer. Sikring av annen type behandlingstilnærming (utover fast avtalte timer på en poliklinikk) bør være en lovfestet del av behandlingstilbudet på alle DPS'ene.

Norsk Psykologforening og Mental Helse Norge anbefaler utredning og utprøving av ovennevnte forslag slik at behandlingskriteriet etter hvert kan fjernes.

Med vennlig hilsen

Erling Jahn  
Leder,  
Mental helse Norge

An-Magritt Aanonsen  
President  
Norsk Psykologforening

## Vedlegg 2

# Menneskerettslige aspekter ved tvangsmessig frihetsberøvelse, herunder om lovoppsatte vilkår. Kort om bruk av tvang i behandlingsøyemed i psykisk helsevern, i og utenfor institusjon

Aslak Syse

Professor dr. juris

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Oppdrag og oversikt.....</b>	<b>2</b>
1.1 Oppdraget .....	2
1.2 Rettslig utgangspunkt .....	3
1.3. Underliggende verdier og verdikonflikter .....	5
1.4 Avgrensninger.....	8
1.5 Ulike MR-instrumenter og framstillingen videre: .....	12
<b>2. Bindende folkerettslige instrumenter .....</b>	<b>13</b>
2.1 Innledning .....	13
2.2. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon av 1950 (EMK) .....	14
2.3 FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP).....	25
2.4 Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen).....	27
2.5 FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) .....	29
2.6 FNs konvensjon om barns rettigheter .....	30
2.7 Den europeiske sosialpakt (ESP) .....	31
2.8 Europarådets arbeid for en egen protokoll til Oviedo-konvensjonen om bruk av tvang i psykiatrien.....	32
2.9 Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter .....	36
<b>3. Ikke bindende instrumenter (soft law) .....</b>	<b>36</b>
3.1 Innledning .....	36
3.2 Europarådets rekommandasjon om bruk av tvang i psykisk helsevern fra 1983.....	37
3.3 Europarådets rekommandasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom.....	38
3.4 Europarådets rekommandasjon (99) 4 om prinsipper vedrørende den rettslige beskyttelse av voksne personer med nedsatt rettslig handleevne .....	41
3.5 FNs prinsipper for beskyttelse av sinnslidende pasienter .....	44
3.6 WHO's hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern .....	45
3.7 Oppsummeringsmessig om betydningen av soft law (rekommandasjonene og prinsipper) på psykiatrifeltet .....	45
<b>4. Kort om FNs instrumenter for å styrke funksjonshemmedes rettigheter – fra soft law til bindende konvensjon .....</b>	<b>46</b>

4.1 Innledning .....	46
4.2 Reguleres behandlingen av psykiatiske pasienter av konvensjonen? .....	48
4.3 Noen enkle betraktninger om konvensjonens betydning .....	53
4.4 Oppsummering .....	55
<b>5.Oppsummerende om norsk rett og psykiatiske pasienters vern etter menneskerettighetene.....</b>	<b>55</b>
5.1 Innledning .....	55
5.2 Menneskerettsspørsmål for Høyesterett ved utskrivningskrav fra psykiatiske pasienter .....	55
5.3 Oppsummerende vurderinger .....	58
<b>Henvisninger .....</b>	<b>60</b>
Dommer fra EMD.....	60
Norske dommer .....	60
Offentlige dokumenter .....	60
Litteratur .....	61

## **1. Oppdrag og oversikt**

### **1.1 Oppdraget**

På oppdrag av Helsedirektoratet framlegges herved en utredning om de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern. Det er bedt om en vurdering av slike aspekter ved tvangsinnleggelse i seg selv, men med en hovedvekt på de ulike grunnlagene for bruk av tvang (behandling og fare) og mulighetene for tvangsmedisinering (både i og utenfor institusjon). Det er bedt om en særlig vektlegging av kravene i Den europeiske menneskerettskonvensjon (heretter EMK), med tilhørende rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg (heretter EMD), men også en vurdering av relevant soft law og betydningen av denne. Det er blant annet pekt på Europarådets Res. Nr 10/2004. Helsedirektoratet ønsker også at den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og forpliktelser som kan trekkes ut av denne, skal gis en omtale.

Dette oppdraget er gitt av Helsedirektoratet ved fungerende avdelingsdirektør Anne-Grete Kvanvig den 31. oktober 2008 med avtalt ferdigstilling før 27. januar 2009 i samband med planlagt konferanse der de menneskerettslige aspektene er planlagt som eget tema.

Enkelte deler av utredningen er publisert i en noe annen form i *Nordisk tidsskrift for Menneskerettigheter* (nr. 4/2006 s. 318-343), men framstillingen er ajourført med nyere

dommer fra EMD, nyere litteratur om menneskerettslige spørsmål ved tvangspsykiatri, og med ulikt annet materiale som blant annet er framlagt for Helsedirektoratets arbeidsgruppe.

## **1.2 Rettslig utgangspunkt**

Det rettslige utgangspunkt i vår kulturkrets er at bruk av tvang og makt overfor personer er ulovlig og kan føre til strafferettslige reaksjoner. Dette gjelder også når offentlige myndigheter bruker tvang og makt overfor borgerne. Det gjelder imidlertid unntak fra dette hovedprinsippet i situasjoner der tvangsbruk betraktes som nødvendig og forsvarlig for å ivareta andre viktige rettsgoder («rettmessig tvang»), som for eksempel liv, helse og sikkerhet, og ved forfølgelse av begåtte lovbrudd eller for å hindre lovbrudd. Hjemler for slik tvangsbruk finnes blant annet i straffeprosessloven (lov nr. 25/1981), politiloven (lov nr. 53/1995), og i straffelovgivningens alminnelige straffrihetsbestemmelser (samtykke, nødrett, nødverge og rettmessig selvtekt, se ny straffelov (lov nr. 28/2005) §§ 17 til 19), og særlovgivningens tillatelser til tvangsbruk i visse høve. Blant de siste tvangshjemlene finnes flere i den alminnelige helse- og sosiallovgivningen, se for eksempel pasientrettighetsloven (lov nr. 63/1999) kap. 4A, sosialtjenesteloven (lov nr. 81/1991) kap. 4A og kap. 6, barnevernloven (lov nr. 100/1992) kap. 4. I tillegg finnes særlige hjemler i den helserettslige spesiallovgivningen; det gjelder bestemmelser i smittevernloven (lov nr. 55/1994) kap. 5 og bestemmelser i psykisk helsevernloven (lov nr. 62/1999) kap. 3 (tvang ved etablering) og kap. 4 (tvang ved gjennomføring). Det er de menneskerettslige aspektene ved de sistnevnte bestemmelsene som står i sentrum her i utredningen. På den andre siden er det grunn til å understreke at disse bestemmelsene langt fra utgjør et isolert unntak fra en ellers tvangsfri helse- og sosialomsorg.

Den legislative begrunnelsen for bruk av tvang i psykisk helsevern er enten de samfunnsmessige aspektene (tvang for å ivareta tredje persons interesser) eller de individuelle aspektene (tvang for å ivareta den aktuelle personens interesser).

*Paternalisme* blir resultatet når rettsanvenderen finner at begrunnelsene for å anvende tvang veier tyngre enn de som taler mot tvangsbruk og har hjemmel for å gjennomføre tiltakene. Ved analyser av de underliggende verdispørsmålene, se punkt 1.3, kan dette



begrepet bli nyansert på ulike måter (Nilstun 1997). *Svak paternalisme* avgrenses til tilfeller der pasienten mangler mulighet til (personlige forutsetninger for) å fatte avgjørelsen. Personen mangler personell kompetanse i relevant henseende. *Sterk paternalisme* foreligger dersom pasientens selvbestemmelsesrett tilsidesettes til tross for at vedkommende i relevant henseende er beslutningskompetent.

Det er en vanlig oppfatning at personer med en alvorlig sinnslidelse har så svekket evne til konkret situasjonsforståelse, at de ikke kan fatte rasjonelle avgjørelser. Det vil da eventuelt bare foreligge en svak paternalisme. Empiriske undersøkelser viser imidlertid at mange tvangsinnlagte pasienter har en tilstrekkelig situasjonsforståelse til å skjønne både hva en tvangsinnleggelse innebærer, og hva alternativene er, selv om de opprettholder motstanden mot innleggelse (Grisso and Appelbaum 1995, Høyen 2008, Iversen 2008). I slike situasjoner vil det være mer adekvat å tale om sterk paternalisme.

Når formålet med inngripen overfor en person begrunnes i hensynet til vedkommendes eget beste, foreligger *individuell paternalisme*. Med *sosial paternalisme* forstås inngripen til beste for omgivelsene; stort sett skjer dette for å beskytte en tredje person eller materielle goder av en viss størrelsesorden. Psykisk helsevernloven åpner for både svak og sterk paternalisme, individuell og sosial paternalisme. Dette er forhold jeg kommer tilbake til.

Endelig skal nevnes at de fleste nordiske land har en mer eller mindre tilsvarende begrunnelse for bruk av tvang (Syse og Nilstun 1997), selv om de absolutte og relative tvangstallene varierer en del (Høyen, Kjellin, Engberg, Kaltali-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002).

På grunn av de strafferettslige aspektene ved bruk av tvang og makt mot andre mennesker, krevers det hjemmel for inngrep i den personlige friheten. Dette framgår både av internrettslige overordnede normer (legalitetsprinsippet) og av internasjonale konvensjoner om menneskerettigheter. Dette er spørsmål jeg kommer tilbake til. I EMK art. 5 er det oppstilt både et materielt og et prosessuelt legalitetskrav.

Den enkeltes selvbestemmelsesrett og frihet er i dag helt sentrale verdier i vårt samfunn. Lovfestet adgang, eventuelt plikt, til tvangsbruk må derfor både kunne begrunnes og rettfærdiggjøres, både gjennom den lovgivningsprosessen som åpner for lovlig bruk av tvang, og i det enkelte tilfellet der tvang rent faktisk anvendes. Jo mer inngripende tiltak av tvangsmessig karakter som tas i bruk overfor en person, jo klarere må hjemmelen for et inngrep være, og jo sterkere må både den allmenne og den konkrete begrunnelsen være (proporsjonalitetsprinsippet).

### **1.3. Underliggende verdier og verdikonflikter**

I et tverrvitenskapelig nordisk forskningssamarbeid omkring legitimiteten av bruk av tvang innenfor psykiatrien ble det identifisert ulike overordnede verdier (hensyn) som kan ses som relevante for den rettslige reguleringsmåten (Syse og Nilstun 1997). Disse verdiene er dels overlappende, og dels utgjør de selvstendige hensyn som kan komme i konflikt med hverandre. Noen ganger er disse verdiene eksplisitt formulert, andre ganger bare forutsatt. Det finnes ingen allmenn enighet om hvordan de bør defineres eller klassifiseres, men ut fra en tradisjonell nordisk medisinsk-etisk terminologi vil den følgende listen fange opp de viktigste (det tilsvarende engelske uttrykket er satt i parentes):

- Selvbestemmelsesrett (Respect for autonomy)
- Autonomi som ideal (Respect for autonomy)
- Rett til privatliv (Respect for privacy)
- Respekt for personens vurderinger (Respect for integrity)
- Respekt for fysisk og psykisk integritet (Respect for integrity)
- Beskytte mot skade (Protection from harm/Non-maleficence)
- Gjøre det gode (Beneficence)
- Hindre diskriminering (Protection from discrimination/Justice)
- Rettssikkerhet (Justice)
- Rettfærdighet (Distributive justice/Fairness)
- Beskyttelse av selve livet (Sanctity of life)
- Effektiv ressursutnyttning (Efficiency)

Denne listen kan sikkert suppleres, og verdiene er ikke satt opp i prioritert rekkefølge. Det er heller ikke klart hva som skal regnes som én verdi. Grupper av verdier kan for eksempel sammenfattes i ett begrep, hvilket de engelske uttrykkene viser. Mens enkelte av verdiene representerer etiske handlingsbud for yrkesutøveren, tar andre verdier utgangspunkt i vernet av pasientens personlige interesser. Atter andre oppstiller prosessuelle krav ved en eventuell inngripen.

Det viktigste i denne sammenheng er å synliggjøre at det bak reguleringsmåten i psykiatrien – de samme hensynene gjør seg også gjeldende ved inngrep ellers i helsevesenet, og i barnevernet og rusmiddelomsorgen – ligger så vidt mange og ulike verdier. De fleste av disse fremstår også som legitime og hensiktsmessige for godt fungerende omsorgstjenester.

Flere hensyn kan imidlertid falle sammen, som for eksempel når det er gitt hjemmel for frihetsberøvelse for å kunne beskytte et alvorlig deprimert medmenneske fra å skade seg selv. Da vil hensynet til ivaretagelse av selve livet oppfylles. Samtidig kan handlingen ofte forsvares ut fra personellens etiske, og dels lovfestede, plikt til å handle i pasientens interesse. På den andre side vil en slik reguleringsmåte stå i strid med hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett dersom frihetsberøvelsen skjer mot pasientens vilje, og i strid også med integritetsvernet dersom frihetsberøvelsen gjennomføres på tross av en bevisst fysisk motstand.

Syse og Nilstun (1997) fant følgende allment anerkjente begrunnelser *for* en slik rettferdiggjøring av tvangsbruk i psykisk helsevern:

- Det finnes en samfunnsmessig plikt til, om mulig, å restituere kompetansen (evnen til autonomi, autonomi som ideal) til personer som helt eller delvis mangler slik kompetanse som følge av psykisk sykdom.
- Det finnes en samfunnsmessig plikt til å minske og forebygge lidelse hos personer med psykisk sykdom. I situasjoner der en pasient på grunn av sin sykdom ikke selv forstår at han eller hun trenger hjelp, er det i vedkommendes egen interesse at han eller hun gis

nødvendig omsorg og behandling, selv om det skjer mot vedkommendes vilje. Herunder hører også legitimiteten av å kunne gripe inn dersom en person er til fare for seg selv.

– Det finnes en samfunnsmessig plikt til å forhindre at personer med psykisk sykdom skader andre, dels for å beskytte omgivelsene, dels fordi det er i pasientens egen interesse å ikke skade andre. Han eller hun bør derfor gis nødvendig omsorg og behandling, selv om det skjer mot vedkommendes vilje.

Men slik tvangsbruk vil være i strid med andre viktige hensyn som taler *mot* bruk av tvang (Syse og Nilstun 1997):

– Personer som i relevant henseende er kompetente, har rett til fritt å bestemme over seg selv. Idealet er at selv personer med begrenset kompetanse har rett til innflytelse på avgjørelser som angår dem. Administrativ frihetsberøvelse av slike personer innebærer en innskrenkning i denne retten til selvbestemmelse.

– Selv overfor personer som i relevant henseende ikke er kompetente, kan administrativ frihetsberøvelse innebære en krenking av deres person.

– Det er dårlig dokumentert *om*, og på hvilken måte, tvangsinngrep påvirker og forbedrer behandlingsresultat og pasientens prognose (Høyer 2000, Høyer 2008).

Skal bruk av tvang kunne rettferdiggjøres, vil viktige hensyn måtte vektlegges for å sikre at slik bruk ikke blir *uforholdsmessig*:

– Den enkelte bør beskyttes mot unødig – og derved rettsstridig – tvang. Risikoen for misbruk av administrativ frihetsberøvelse bør minimaliseres, og eventuelle rettsstridige innleggelses bør kunne oppdages og avsluttes.

– Psykiatriens oppgaver bør avgrenses slik at administrativ tvang ikke anvendes mot andre personer enn de som lider av psykisk sykdom og av den grunn trenger omsorg og/eller behandling.

– Risikoen for ikke å ta i bruk frihetsberøvelse når dette finnes helt nødvendig, bør samtidig minimaliseres.

Inngrep mot personens vilje fordi samfunnet ved kompetent organ vedtar frihetsberøvelse eller andre tvangsinngrep, er utslag av paternalisme, dvs. at beslutningsfatteren «vet best»

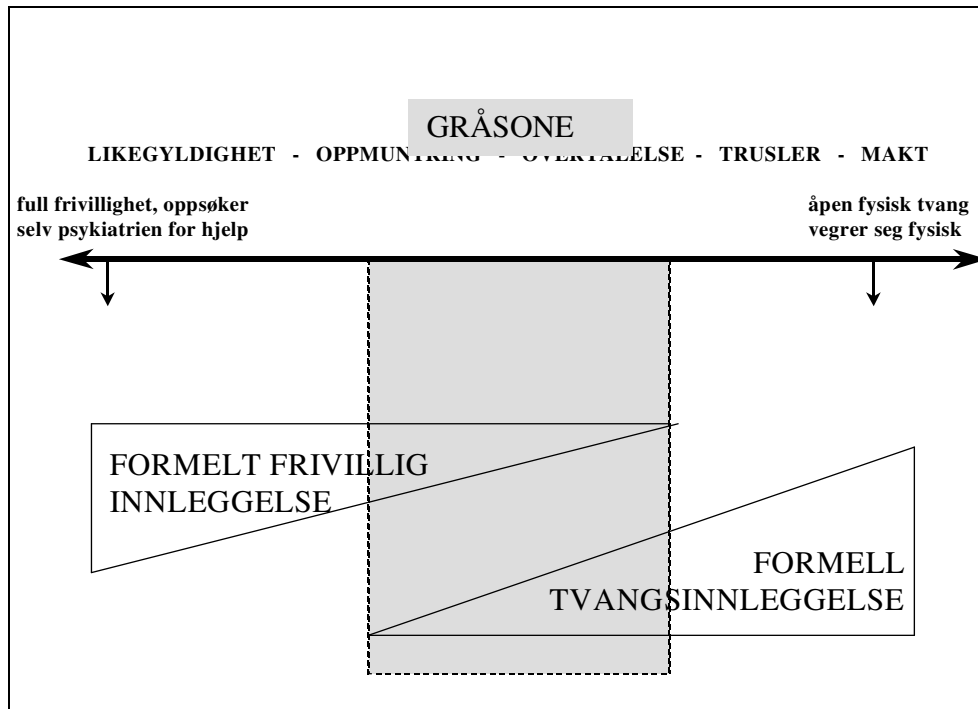
hva som er i pasientens interesse. Som nevnt innledningsvis er retten til – muligheten for – frihetsberøvelse tuftet på to overordnede hensyn. Det ene er tvang i den psykisk syke personens egen interesse. Dette er for å sikre etablering – eller vedlikehold – av et forsvarlig behandlingstilbud eller for å hindre at vedkommende skader eget liv eller helse, dvs. *individuell* paternalisme. Det andre er at frihetsberøvelse kan iverksettes for å hindre at den psykisk syke vil kunne skade andre personers liv eller helse, dvs. *sosial* paternalisme, og psykiatrien får da en samfunnsbeskyttende funksjon. Det er et fellestrekk ved lovgivningen i de fleste vestlige land at begge disse hensyn ivaretas gjennom lovgivningen.

#### **1.4 Avgrensninger**

Det er ulike situasjoner som kan utløse bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser. Tvangsbruken som skal behandles i det videre, avgrenses i hovedsak til å omhandle institusjonell behandling av personer med psykiske problemer for bedring av deres psykiske problemer, eller fordi de er til fare for eget eller andres liv og helse. Dette kan synes å gi vide rammer for gjennomgangen, men temaavgrensningen fører til at flere viktige aspekter ved tvangsbruk overfor pasienter med psykiske lidelser faller utenfor. Blant de viktigste kan nevnes spørsmålet om *retten til behandling* utenfor institusjon, dvs. i kommunene, og *retten til behandling* i institusjon, dvs. i spesialisthelsetjenesten, der personen er motivert for behandling. Også spørsmål knyttet til rett til behandling har menneskerettslige aspekter. Statene er forpliktet til å sikre borgerne en høyest oppnåelig helsestandard både fysisk og psykisk, se FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966 (ØSK) art. 12 nr. (1) og nr. (2) litra d, og FNs barnekonvensjon art. 23 (se for eksempel OHCHR, *The right to health*, Factsheet 31). Også viktige spørsmål knyttet til behandling av personer med psykiske lidelser i institusjoner innenfor *kriminalomsorgen* faller utenfor. Forholdet mellom psykisk helsevern og kriminalomsorg i et menneskerettsperspektiv er et selvstendig – og viktig – tema.

Den menneskerettslige beskyttelsen ved selve frihetsberøvelsen blir derfor særlig fokusert, dette gjelder både selve etableringen (tvangsinnleggelse) og tvangsmessig tilbakehold når vedkommende begjærer seg utskrevet (retensjon). Det kan være brukt

mye tvang forut for selve etableringen av vernet, men denne bruken holdes utenfor. Det er for øvrig slik at det kan bli brukt mye tvang, eller trusler om bruk av tvang, også forut for frivillige innleggelse. Dette medfører at det er en gråsoner mellom klart frivillige og klart tvangsmessige innleggelse, se figur 1.



Figur 1: Den normative sammenhengen mellom frivillige innleggelse og tvangsinnleggelse (fra Høyer og Dalgard 2002 s. 73).

De utfordrende spørsmål om gyldigheten av samtykker som avgis under ulike former for overbevisning og trusler tas ikke opp i denne sammenheng (Syse 2004). Derimot vil jeg kort omtale spørsmålet om muligheten til å omgjøre en pasients rettslige status fra å være frivillig innlagt til å være tvangsinnlagt idet pasienten begjærer seg utskrevet. Dette kalles konvertering, og Norge var – fram til lovendringene i 2006 – det eneste nordiske landet som hadde et lovfastsatt forbud mot dette. Situasjoner hvor konverteringsforbudet tilsynelatende ikke lot seg overholde, medførte brudd på lovkravet i EMK art. 5, se Rt. 2002 s. 1646. Dette har ført til lovfesting av en snever adgang til konvertering også i norsk rett, se phvl. § 3-4 andre ledd, se punkt 2.2.6.

I tillegg til tvangsbruk knyttet til tvangsinnleggelsen og det å opprettholde selve frihetsberøvelsen (låste dører m.v.), anvendes i ikke ubetydelig utstrekning ulike former for tvang overfor tvangsinnlagte pasienter (Sintef 2008). I all hovedsak dreier det seg om bruk av tvangsmidler, som er foranstaltninger som iverksettes for å bringe en tilsynelatende uholdbar situasjon under kontroll. Dette er inngrep begrunnet i nødrettslige betraktninger. Når mildere inngrep ikke har ført – eller kan føre – til målet, er det åpnet for kraftige inngrep som anbringelse i isolat, bruk av reimer, tvangstrøye eller andre mekaniske tvangsmidler, for bruk av beroligende medikamenter, og for kortvarig fastholding. Disse inngrepene er nærmere regulert i phvl. § 4-8 med tilhørende forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.

Dette er allment aksepterte tvangsmidler i alle vestlige land, men bruken skal være situasjonsbestemt med utgangspunkt i en konkret pasients (uakseptable) atferd. Bruken er derfor ikke et ledd i behandlingen av den psykiske sykdommen.

Særlige spørsmål er knyttet til legitimiteten av å tvangsbehandle sykdommen, dvs. å gripe inn i – for å endre – pasienters personlighet, virkelighetsoppfatning, symptomer m.v. uten vedkommendes samtykke, noen ganger på tross av klar og åpen motstand fra pasienten. Her er det tidligere og helt inn i 1970-årene tatt i bruk sterke virkemidler som operative inngrep i hjernen (leukotomi) eller i kjønnsorganene (kastrasjoner), bruk av ulike sjokkmetoder for å slå ut hjerneaktiviteten m.v. Mange av disse inngrepene er nylig beskrevet i en historisk framstilling av forholdene ved Sanderud Sykehus (Haave 2008). Av slike sjokkbehandlingsmetoder er det i dag bare ECT (elektrosjokkbehandling) som fremdeles benyttes i klinikken, men da lovmessig enten på grunnlag av samtykke eller etter nødrettslige vurderinger ved sterke depresjoner.

I dag er de etiske og rettslige spørsmålene særlig knyttet til legitimiteten av bruk av tvangsmedikasjon med inngripende legemidler for å fjerne symptomer som ledd i behandling av alvorlige psykiatriske sykdommer, eventuelt for å vedlikeholde slik symptomfjerning. Slike inngrep mot pasientens vilje er regulert i phvl. § 4-4 med

tilhørende forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Framstillingen avgrenses, i henhold til oppdraget til en vurdering av de menneskerettslige aspektene ved administrativ frihetsberøvelse etter phvl. kap. 3, og til rettmessigheten av tvangsmedisineringsvedtak etter § 4-4.

I institusjoner der personer med alvorlige psykiske lidelser gis behandlingsopphold, oppstår også spørsmål om andre inngrep i pasientens frihet. Det kan for eksempel være spørsmål om kontroll av telefon og brev dersom slik kommunikasjon med utenverdenen antas å kunne bringe farlige redskaper eller stoffer inn i institusjonen. Kommunikasjonskontroll brukes også for å hindre at pasienter rettsstridig og gjentakende sjikanerer personer utenfor institusjonen når sjikaneringen oppfattes å være utslag av pasientens lidelse. Beslag av farlig redskap trenger ikke bare gjelde våpen eller skarpe gjenstander; ved selvmordsfare kan det innebære beslag av laken eller alminnelige klesgjenstander som belter og strømper. Beslag og destruksjon av rusmidler, legemidler og farlige stoffer er også sikkerhetstiltak som blir tatt i bruk, og som kan ses som offentlige inngrep i privatsfæren ut over det som er vanlig ellers i samfunnet. Det avgrenses fra en videre drøfting av slike inngrep.

De historiske erfaringene med å utsette psykiatriske pasienter – og andre særlig sårbare pasientgrupper – for uforsvarlige forsøk og eksperimenter, har ført til et særskilt rettsikkerhetsvern mot «experimentation» i ulike MR-instrumenter, se for eksempel art. 7 i FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP). Dette vernet er viktig for pasienter som ikke (alltid) kan ivareta egne interesser gjennom samtykke, og desto mer nødvendig for tvangsinnlagte psykiatriske pasienter. Pasienten er da allerede i en uønsket tvangssituasjon som vanskeliggjør oppfyllelsen av et krav om frivillig avgitt samtykke. På den andre siden vil et for absolutt forbud mot medisinske forsøk samtidig kunne innebære rettslige problemer med å utprøve nye, og mindre inngripende, legemidler. Forsøk for å klarlegge medikamenters virkninger og bivirkninger ved alvorlige psykiatriske sykdommer må nødvendigvis være basert på utprøving (også) på denne pasientgruppen. Svaret kan altså ikke være et rent forbud, men må føre til etableringen av organer som må foreta bredt sammensatte faglige og etiske vurderinger av slike forsøks mulige medisinske gevinster og skadepotensialer, slik det er åpnet for i helseforskningsloven (lov nr. 44/2008 § 18). Herunder må pasienters – og deres rettslige representanters – reservasjonsmuligheter særlig vurderes.



## **1.5 Ulike MR-instrumenter og framstillingen videre:**

Menneskerettighetsdokumenter kan rettslig sett grovsorteres i to typer instrumenter. På den ene siden er det vedtatt konvensjoner som gjennom ratifikasjon er gjort folkerettslig bindende for Norge. Enkelte av disse er gjort direkte virkende i norsk rett med forrang foran annen norsk lov, se menneskerettsloven (lov nr. 30/1999) § 3, jf. § 2. Av disse er det EMK som i praksis har fått størst gjennomslagskraft pga. den individuelle klageretten til EMD, mens SP art. 7, 9 og 10 også ivaretar de tilsvarende verdiene, se avsnitt 2. Hovedvekten av den menneskerettslige argumentasjonen i forarbeidene til ny psykisk helsevernlov i 1999 og ved revisjonen i 2006 ble av samme grunn knyttet til forholdet til EMK.

På den andre siden finnes resolusjoner, anbefalinger og rekommandasjoner som er vedtatt av ulike internasjonale sammenslutninger, men som ikke er bindende på samme måte. Tidvis er slike instrumenter tillagt betydning ved utformingen av de norske reglene om psykisk helsevern fordi de tilsikter styrking av rettsstillingen til personer med psykiske lidelser. Slike soft law instrumenter kan også virke inn ved anvendelsen av de bindende konvensjonene i enkeltsaker. Mens konvensjonene kan vektlegge forbud mot «nedverdiggende og umenneskelig behandling» som en minstestandard, vektlegger soft law tekstene ofte, som en alternativ tilnærming, krav om respekt for pasienters verdighet, integritet og selvbestemmelse.

Jeg vil i avsnitt 2 gjennomgå folkerettslig bindende konvensjoner, herunder de MR-konvensjonene som er gjort direkte gjeldende i norsk rett, for å vurdere om norsk rett må endres i forhold til de kravene som er oppstilt. I avsnitt 3 vil jeg gjennomgå ulike relevante soft law instrumenter som er spesielt relevante for psykiatriske pasienters rettsstilling.

Gjennomgangen i disse avsnittene vil være konsentrert om spørsmålene som er reist i oppdraget, og med de avgrensningene som det er redegjort for i punkt 1.4.

I et eget avsnitt 4 skal jeg omtale spørsmål som reises av den nye konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter.

Jeg vil i avsnitt 5 foreta noen oppsummerende vurderinger rettet konkret inn mot de spørsmålene som jeg spesielt er bedt om å utrede.

I tillegg til å være beskyttet av ulike menneskerettighetsdokumenter som skal vurderes i avsnitt 2 og 3, kan psykiatriske pasienter være beskyttet av internasjonale faglige og etiske retningslinjer vedtatt av profesjonsgrupper som arbeider med psykiatriske pasienter. Den såkalte Hawaii-deklarasjonen ble vedtatt av det psykiatriske verdensforbundet (World Psychiatric Association, WPA) i 1977 og nedfeller grunnleggende prinsipper for psykiateres behandling av sine pasienter. Det heter blant annet at psykiatriens mål er å fremme helse, personlig selvstendighet og vekst. En pasient skal behandles med en omsorg og respekt som er i pakt med menneskeverdet og pasientens rett til å bestemme over eget liv og helse. En psykiater må ikke ta del i tvungen behandling dersom det ikke foreligger en psykisk lidelse, og han eller hun må nekte å utføre handlinger som er i strid med vitenskapelige eller etiske prinsipper. Hawaii-deklarasjonen er sist oppdatert ved den såkalte Madrid-deklarasjonen av 1996. Madrid-deklarasjonen legger særlig vekt på den rett en pasient må ha til å være en likeverdig part i den terapeutiske prosessen.

Jeg kommer ikke tilbake til slike yrkesfaglige kodekser i denne utredningen.

## ***2. Bindende folkerettslige instrumenter***

### **2.1 Innledning**

Vernet av alle mennesker – og ikke minst utsatte pasientgrupper – mot alvorlige og uetiske inngrep fra samfunnets side ble nedfelt allerede i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (1948), der det blant annet heter (art. 5): «Ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.» Dette utgangspunktet er gjentatt i de bindende MR-konvensjonene som alle de nordiske, og de langt fleste europeiske, landene har sluttet seg til, se EMK art. 3, SP art. 7, og FN-konvensjonen om barns rettigheter (FNB) art. 37 nr. (1). Torturforbudet er videre utviklet i FN-konvensjonen mot tortur og annen grusom, inhuman og nedverdiggende behandling og straff (1984). Men det menneskerettslige vernet er i senere konvensjoner blitt langt mer detaljert utbygd for å styrke alle borgeres, herunder psykiatriske pasienters, rettsvern mot offentlig inngripen.

I det videre skal jeg legge størst vekt på det menneskerettslige vernet i EMK, se punkt 2.2. Dette er også i tråd med oppdragets ordlyd. De øvrige konvensjonene som skal

behandles, er de øvrige konvensjonene i menneskerettsloven, Den europeiske sosialpakt og Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen) som direkte har regler som er relevante for temaet. Mot slutten av avsnittet behandles utkast til en tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen som tar sikte på å trekke opp prinsipper for en «akseptabel» bruk av tvangspsykiatri.

## **2.2. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon av 1950 (EMK)**

### 2.2.1 Innledning

EMK, som i hovedsak beskytter sivile og politiske rettigheter og grunnleggende friheter, står sentralt i det regionale vernet av menneskerettighetene. Konvensjonen inneholder blant annet bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettferdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Det er vedtatt flere tilleggsprotokoller til EMK som presiserer eller utvider rettighetsvernet.

Alle ratifiserende stater har nå godkjent individuell klageadgang til Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD). Enhver person, frivillig organisasjon eller gruppe av enkeltpersoner som hevder å ha vært utsatt for en overtredelse av de rettigheter som er fastsatt i konvensjonen, kan fremme klage. Det foreligger en rekke avvísingsgrunner, dels prosessuelle (tidsfrister, uttømming av nasjonale rettsmidler, klageren må selv ha vært utsatt for et pretendert menneskerettighetsbrudd) og dels materielle (klagen må ikke være ”åpenbart grunnløs”).

Dersom en saksøker ikke vinner fram med anførsler om konvensjonsbrudd ved nasjonale domstoler, kan de tilsvarende anførslene fremmes overfor EMD. EMD vil bare kunne fastslå om det foreligger brudd på bestemmelser i EMK og eventuelt utmåle erstatning for konvensjonsbrudd. Men etter EMK art. 46 er statene folkerettslig forpliktet til å rette seg etter EMDs avgjørelser. Menneskerettslovens bestemmelse om forrang gjør rettigheter og friheter etter konvensjonen til internrettslige forpliktelser i norsk rett.

### 2.2.2 EMK art. 3; forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling

EMK art. 3 fastslår at ingen skal utsettes for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Dette er en bestemmelse av stor viktighet for

mennesker undergitt frihetsberøvelse eller tvangsmessige inngrep på annen måte. Innholdet i denne konvensjonsbestemmelsen er stort sett blitt belyst gjennom innklaging av soningsforhold i fengsler, og spørsmålet om det foregår tortur av fanger, men den er allment virkende og vil også gjelde ved innleggelse og behandling ved psykiatriske institusjoner (Rehof og Trier 1990 s. 332 flg., Møse 2002 s. 206 flg., Danelius 2007 s. 68 flg.).

Etter EMDs praksis innebærer umenneskelig behandling eller straff at den aktuelle personen utsettes for inngrep som fører til en urettmessig og sterk fysisk eller psykisk lidelse. Nedverdiggende behandling eller straff foreligger blant annet når den aktuelle person utsettes for tiltak som ydmyker ham eller henne overfor andre og/eller som er egnet til å skape en følelse av frykt og mindreverdighet.

Art. 3 er en terskelbestemmelse, dvs. at den ikke åpner for «rettmessige inngrep» når terskelen først er overskredet. Terskelen vil imidlertid variere fra saksområde til saksområde. Overfor psykiatriske pasienter er EMD tilbakeholden med å konstatere umenneskelig eller nedverdiggende behandling når handlingen framstår som medisinsk eller psykiatrifaglig begrunnet, se nærmere omtale av *Herczegfalvy mot Østerrike* i punkt 2.2.4.

I *Henaf mot Frankrike* (dom 27 nov. 2003) ble det konstatert brudd på art. 3 pga. den behandlingen Henaf ble utsatt for da han som fange ble transportert til sykehus for å bli operert. Bruk av håndjern og fotlenke til sykehussengen, uten tidligere å ha utvist farlig atferd, ble funnet i strid med art. 3. I vår sammenheng synes følgende utsagn å kunne åpne for at terskelen for brudd på art. 3 ikke ligger fast:

[T]he increasingly high standard being required in the area of the protection of human rights and fundamental liberties correspondingly and inevitably requires greater firmness in assessing breaches of the fundamental values of democratic societies. ... As that statement applies to the possibility of a harsher classification under Article 3, it follows that certain acts previously falling outside the scope of Article 3 might in future attain the required level of severity.

Og med referanse til *Herczegfalvy* utsies så følgende:

As to the Court's conclusion in *Herczegfalvy*, cited above, in which the shackling of a patient in a psychiatric hospital was considered "worrying" but justified on medical grounds, it cannot be transposed to the instant case or used against the applicant. In the present case, apart from the different context in that the hospital was not a psychiatric one and there was proper police supervision outside the applicant's room, no medical grounds were ever cited.

Det ble deretter konkludert med at tiltakene var unødvendige og uproporsjonale, og derved ble det brudd på art. 3.

I den hittil sist avsluttede saken, *Shtukurov mot Russland* (dom 27. juni 2008) ble klagerens anførsel om at reimbruk og tvangsmedisinering måtte føre til brudd på art. 3, av domstolen avvist som "åpenbart grunnløst", selv om Shtukurov vant fram med de øvrige påstander om konvensjonsstrid, se nedenfor.

I en monografi om "Mental disability and the European Convention on Human Rights" drøfter forfatterne (Bartlett m.fl. 2007) om når terskelen kan bli funnet overskredet, og det synes ut fra praksis åpenbart at dette bare vil kunne skje i saker som dreier seg om "ill-treatment", dvs. behandling som for eksempel ikke er indisert, ikke forholdsmessig, bruk av medikamenter i utprøvende hensikt overfor en protesterende og kompetent pasient mv. (s. 126-128). En slik tvangsbehandling vil imidlertid samtidig være klart i strid med vilkårene som er oppstilt i phvl. § 4-4.

#### 2.2.3 EMK art. 5; vilkår for frihetsberøvelse

Art. 5 (1) innledes med å fastslå en grunnleggende frihet: «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet.» Bestemmelsens andre setning åpner for at statene kan gi lovregler som hjemler frihetsberøvelse på visse vilkår, men slik frihetsberøvelse skal bare kunne skje etter en lovlig beslutning av kompetent myndighet basert på den nasjonale lovgivning, og det kreves mulighet for rettslig overprøving. Mellom flere alternativer åpner bestemmelsen i art. 5 (1) bokstav (e) for «lovlig frihetsberøvelse av personer for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, av sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere». Det er originaltekstens «persons of unsound mind» som er oversatt

med «sinnslidende». En bedre – rent juridisk – oversettelse vil nok være «alvorlig sinnslidende».

Av de to originaltekstene, den engelske og den franske, er det den førstnevnte som stort sett brukes her i landet, er inntatt i *Norges Lover* mv. Jeg forholder meg i det videre bare til den. – Menneskerettighetsutvalget som framla NOU 1993: 18, var ikke fornøyd med den tidligere norske offisielle oversettelsen av EMK (s. 18). Utvalget ba derfor Utenriksdepartementets oversettelseskontor om hjelp til å foreta en ny oversettelse. Det er denne som i dag er tatt med i *Norges Lover*. Uttrykket «unsound mind» er oversatt med «sinnslidende» i denne reviderte norske teksten, mens uttrykket i den tidligere oversettelsen var «sinnssyke». – I dansk oversettelse er uttrykket blitt oversatt med «mentalt abnorme», som er en mer direkte oversettelse og samtidig et videre uttrykk enn «sinnslidende». Det danske uttrykket blir av Rehof og Trier 1990 s. 496 kritisert for at være «noget stigmatiserende».

EMD har avgjort mange saker om psykiatriske pasienters stilling i forhold til denne artikkelen (Rehof og Trier op.cit., Møse op.cit.). I saken *Gajcsi mot Ungarn*, avsagt 3. oktober 2006, unngikk EMD å gå nærmere inn på viktigheten av å etablere et særlig godt rettsvern for psykiatriske pasienter når vedtak om fortsatt retensjon stadig kan fornyes. Ungarn ble funnet å ha brutt art. 5 (1) ved at begrunnelsen for fortsatt tvangsvern ikke ble funnet tilstrekkelig dokumentert, og at frihetsberøvelsen da ikke skjedde i samsvar med (nasjonal) lov. EMD gikk da ikke nærmere inn på andre påberopte brudd på rettssikkerhetsgarantier i art. 5 (4), art. 6 og art. 13.

I *Shtukurov mot Russland*, avsagt 27. mars 2008, var saksforholdet at pasienten ble frivillig innlagt etter verges samtykke, og helt uten selv å ha bli hørt eller å ha blitt informert om at et slikt vedtak skulle fattes, og uten mulighet til selv å kunne påklage innleggelsen. EMD fant at etableringen og det fortsatte tvangsvernet var i strid med art. 5 (1) og art. 5 (4, og også i strid med retten til en fair trial (art. 6). Det ble også funnet brudd på art. 8 (se nedenfor), men ikke på art. 3 (se ovenfor).

Dette at lovskravet ("lovlig frihetsberøvelse") i art. 5 (1) bokstav e tas på alvor av domstolen, framgår også av dommer der spørsmålet om tilbakeholdelsen skjedde frivillig (etter samtykke) eller annen lovlig avkall på friheten, se for eksempel *De Wilde, Ooms og Versyp mot Belgia* (dom 18. juni 1971), *H.L. mot Storbritannia* (dom 5. oktober 2004) og *Storck mot Tyskland* (dom 16. juni 2005), se nærmere Aall (2007) s. 278 flg. Dersom det ikke foreligger et utvilsomt gyldig samtykke, kreves at reglene for frihetsberøvelse blir fulgt, se for eksempel Storck der en ung kvinne oppsøkte klinikken, men senere prøvde å rømme fra det strenge regimet og ble tilbakeført med tvang:

The applicant tried on several occasions to flee from the clinic. She had to be shackled in order to prevent her from absconding and had to be brought back to the clinic by the police when she managed to escape on one occasion. ... Under these circumstances, the Court is unable to discern any factual basis for the assumption that the applicant – presuming that she had the capacity to consent – agreed to her continued stay in the clinic.

Hun ble videre, etter tung medisiner, funnet å mangle samtykkekompetanse:

In the alternative, assuming that the applicant was no longer capable of consenting following her treatment with strong medication, she cannot, in any event, be considered to have validly agreed to her stay in the clinic.

Et sentralt spørsmål er den nærmere avgrensningen av persongruppen som kan oppfattes å være «persons of unsound mind» og derved rettmessig kunne tilbakeholdes dersom de øvrige oppstilte vilkårene også er oppfylt. Dette ble nærmere drøftet i dommen *Winterwerp mot Nederland* fra 1979, som fremdeles er den sentrale for forståelsen av dette kravet. Winterwerp selv mente at han ikke var å betrakte som sinnslidende i konvensjonens forstand. EMD unnløt å fastlegge en entydig forståelse av begrepet, men la til grunn at innholdet vil være avhengig av utviklingen både innenfor psykiatrien og i samfunnet, noe som nødvendiggjør en fleksibel og «tidsriktig» tolkning. EMD la samtidig stor vekt på å klarlegge hvilke omstendigheter som må sikres rundt en administrativ frihetsberøvelse for at denne ikke skal komme i strid med kravene i art. 5.

Wachenfield (1991) har i en monografi om psykiatriske pasienters stilling i forhold til bestemmelsene i EMK systematisert de kriteriene som EMD satte opp for lovlig frihetsberøvelse. Hun kaller disse «Winterwerp-kriteriene» og framholder blant annet (s. 142):

According to Convention standards, showing that a person is of «unsound mind» means meeting the criteria set out in what will be called the «Winterwerp requirements». The government must be able to show by reliable evidence before the competent national authority that:

1. a true mental disorder has been established by objective medical expertise;
2. the mental disorder is of a kind or degree warranting compulsory confinement;  
– and for any prolongation of detention the government must also be able to show that:
3. the continued confinement is based on the persistence of the disorder.

I tillegg til de materielle vilkårene etter EMK art. 5, oppstilles krav om at lovligheten av iverksatt frihetsberøvelse skal kunne overprøves rettslig, se EMK art. 5 (4) som supplerer kravene om rettslig prøving (”fair trial”) av «civil rights» i EMK art. 6. Enhver som er pågrepet eller berøvet sin frihet, skal etter art. 5 (4) ha rett til å anlegge sak, slik at lovligheten av frihetsberøvelsen raskt kan bli avgjort av en domstol, og at hans løslatelse blir beordret dersom frihetsberøvelsen er ulovlig.

Det oppstilles etter EMDs praksis ingen nærmere krav til hvilke lovoppstilte tilleggsvilkår som kan godtas – være rettmessige – i en art. 5 (1) sammenheng. I denne utredningen er det særlig bedt om en vurdering av om våre menneskerettslige forpliktelser oppstiller skranker for henholdsvis det norske behandlings- og/eller farevilkåret i phvl. § 3-3 første ledd nr. 3.

Blant de europeiske statene er det enkelte som har lovfestet – i likhet med Norge – begge typer som alternative vilkår, enkelte land har ”bare” et farevilkår, mens andre land har ”bare” et behandlingsvilkår (Høyer 2008).

Det er ikke mulig å utlede at EMK art. 5 (1) gir anvisning på oppstilling av bestemte typer tilleggskriterier så lenge disse er rimelige klare (legalitetsprinsippet), proporsjonale og ivaretar legitime formål. Begge de to norske vilkårene har dette til felles. De er i



tillegg supplert med vilkår om at pasienten skal høres og utsagnene vektlegges (§ 3-3 første ledd nr. 5, jf. § 3-9 andre ledd), et krav om ”minste inngreps prinsipp” (§ 3-3 første ledd nr. 1) og en skjønsmessig helhetsvurdering (§ 3-3 første ledd nr. 6) hvorefter tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved helhetsvurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Det synes klart at den norske lovgivningen ligger klart innenfor den skjønsmargin som statene har til å fastsette regler i henhold til lovlig frihetsberøvelse av sinnslidende personer i medhold av art. 5 (1). Det er likeledes klart at kravene som oppstilles i art. 5 (4) og art. 6 om at tvangsinnlagte har krav på rettslig prøving og ”fair trial” vedr. rettmessigheten av tvangsinngrepet er oppfylt med kontrollkomisjonens prøving av vedtaket, og da ikke minst med den etterfølgende muligheten for en rask domstolsbehandling – med full etterprøving – etter særprosessen i tvisteloven (lov nr. 90/2005) kap. 36.

#### 2.2.4 EMK art. 8; beskyttelsen av privatlivet

Art. 8 (1) i EMK fastslår at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Art. 8 (2) oppstiller vilkår for når statene kan gjøre unntak fra dette hovedprinsippet og gjøre inngrep i borgernes privatliv og familieliv. Det oppstilles tre vilkår hvorav to regelmessig er oppfylt. Dette gjelder lovskravet, dvs. at inngrep bare kan skje når dette er ”i samsvar med loven”, dvs. nasjonal lov, og da for å ”beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.” Disse vilkårene vil regelmessig være oppfylt ved bruk av tvangsmidler etter phvl. § 4-8 og også ved tvangsbehandling med hjemmel i phvl. § 4-4.

Proporsjonalitetskravet er nedfelt i kravet om at inngrepet må framstå som «nødvendig i et demokratisk samfunn» og blir det sentrale vilkåret ved den konkrete vurderingen av om et inngrep er rettmessig etter art. 8 (2).

Kjernen i vernet av privatlivet er den fysiske integriteten, og dette gjelder for alle personer, også personer som er innlagt i psykiatrisk sykehus (Møse 2002 s. 402). Vernet innebærer videre at det bare unntaksvis kan gis lovregler om tvangsbehandling av personer i deres eget hjem uten at dette kommer i konflikt med dennes rett til «privatlivets fred». Særlig problematisk er det når eventuell tvangsbruk begrunnes i vedkommendes egen interesse og ikke iverksettes for å «beskytte andres rett og friheter» (Østenstad 2000 s. 223).

Psykiatriske pasienter som er frihetsberøvet, har som nevnt også krav på beskyttelse av sitt privatliv. Denne beskyttelsen tilsier imidlertid ikke uten videre at selv svært inngripende tvangsforanstaltninger finnes konvensjonsstridige. I den nevnte Herczegfalvy-dommen fra 1992 ble Østerrikes behandling av en sinnslidende personer, som ble oppfattet som svært farlig, ikke funnet å krenke EMK art. 3. Dette til tross for at Herczegfalvy i en lengre periode ble reimet fast til sengen og påsatt håndjern, i tillegg til at han ble tvangsmedisinert og tvangsforet. Gjennomføringen av medisineringen resulterte blant annet i skader som tap av tenner, brukne ribbein og blåmerker. Videre fikk den fysiske og psykiske helsen en knekk etter sammenstøt med en pleier idet Herczegfalvy på forhånd var sterkt svekket pga. en sultestreik. Dommen er nærmere behandlet av Østenstad 2000 s. 225 flg.

Disse forholdene ble heller ikke oppfattet å krenke art. 8. Grunnen til dette er dels at statene i forhold til hva som finnes «nødvendig i et demokratisk samfunn» har en viss skjønnsmargin («margin of appreciation») som statene kan handle innenfor. Dels er grunnen at EMD kom til at behandlingen av en sinnslidende – både i forhold til terskelen i art. 3 og i forhold til integritetsvernet etter art. 8 – langt på vei må oppfattes som et faglig spørsmål som det er vanskelig for domstolen å overprøve når staten kan vise at det var *medisinsk nødvendig* å gripe inn i den aktuelle situasjonen (premiss nr. 82 andre avsnitt som relaterte seg til art. 3):

The established principles of medicine are admittedly in principle decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or

degrading. The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist.

Når det ikke forelå brudd på art. 3, var ikke integritetsvernet etter art. 8 særlig sterkere (premiss 86) vedrørende tvangsforing og tvangsmedisinering:

The first two complaints relate to facts already complained of from the point of view of Article 3 (art. 3). Reference should therefore first be made to paragraph 83 above. In addition, the Court attaches decisive weight here to the lack of specific information capable of disproving the Government's opinion that the hospital authorities were entitled to regard the applicant's psychiatric illness as rendering him entirely incapable of taking decisions for himself. Consequently, no violation of Article 8 (art. 8) has been shown in this respect.

Bare på ett punkt ble Østerrike funnet å ha handlet konvensjonsstridig. Ved at all utgående post fra *Herczegfalvy* var blitt sensurert og konfiskert av anstaltledelsen uten at det var lovhjemmel for dette i nasjonal rett, ble det konstatert en krenking av det prosessuelle legalitetsprinsippet; retten til (fri) korrespondanse kan etter art. 8 bare innskrenkes når det skjer «i samsvar med loven».

EMD har ikke foretatt vurderinger i senere avgjørelser som har svekket de siterte uttalelsene i *Herczegfalvy* annet enn i de allerede siterte avsnittene i *Henaf*, se punkt 2.2.2, og har heller ikke trukket inn soft law som stiller strengere krav til ivaretagelse av psykiatriske pasienters integritetsvern enn det som kan utledes av *Herczegfalvy*-dommen.

Når de gjelder tvangsbehandling, finnes det begrensninger vedr. tvangsmedisinering i for eksempel UN Mental Illness Principles og Europarådets Rec (2004) 10, se punkt 3.5. EMD synes videre å skille mellom personer uten samtykkekompetanse der art. 8 ikke finnes overtrådt dersom behandlingen er medisinsk dokumentert, se *Herczegfalvy*, og pasienter som er kompetente der det lettere finnes strid dersom undersøkelser og behandling igangsettes mot vedkommendes vilje. Belysende i så måte er dommen *Y.F. mot Tyrkia*, avsagt 22. juli 2003, der en kvinnelig pasient fikk medhold i at en tvangsmessig gynekologisk undersøkelse mot hennes kompetente motstand utgjorde et brudd på art. 8.

Av denne grunn synes det mer i strid med respektkravet i EMK art. 8 å tvangsbehandle en pasient som er frivillig innlagt, enn en pasient som er tvangsinnlagt og derved vurdert til ikke selv å være i stand til å vurdere sin egen situasjon. (Bartlett m.fl. s. 129 flg.). Dette er også nedfelt i de nevnte soft law dokumentene nevnt ovenfor. Frivillig innlagte pasienter har derved et sterkere vern mot tvangsbehandling med medikamenter enn tvangsinnlagte pasienter. Etter phvl. § 4-4 er det bare tvangsinnlagte pasienter som kan tvangsbehandles her i landet, og da i tillegg til de særlige vilkårene som framgår av phvl. § 4-4 og tilhørende forskrift. Om disse vilkårene først (korrekt) er funnet oppfylt, er det liten grunn til å tro at dette finnes å være konvensjonsstridig etter EMK art. 8.

I *Shtukurov mot Russland* ble det funnet et brudd på EMK art. 8, men begrunnelsen for dette var at den fulle fratakelsen av pasientens rettslige handleevne i seg selv var et inngrep i pasientens privatliv og som gikk langt utover forholdsmessighetskravet. I denne dommen ble det lagt vekt på Europarådets Rec. No. R (99) 4 som skal sikre at en person ikke fratras større deler av sin "legal capacity" enn den konkrete situasjonen tilsier, se punkt 3.4. Den fullstendige fratakelsen av rettslig handleevne, jf. ovenfor, var derfor et brudd på art. 8 idet proporsjonalitetskravet klart var overtrådt. Og dette er samtidig mer rent "rettslige" spørsmål (retten til å uttale seg, retten til å bli hørt, retten til å få vite om en tvangsinnleggelse, retten til å kunne påklage denne mv.) enn en overprøving av psykiatrifaglige vurderinger.

Uansett vil nok de synspunktene som kom til uttrykk i *Henaf* også gjøres seg gjeldende ved framtidige vurderinger i forhold til brudd på kravene i art. 8: "[T]he increasingly high standard being required in the area of the protection of human rights and fundamental liberties correspondingly and inevitably requires greater firmness in assessing breaches of the fundamental values of democratic societies." Det er ingen grunn til oppfatte at EMD vil holde fast på vurderingene fra *Herczegfalvy*, at ethvert medisinsk begrunnet inngrep som blir funnet nødvendig av nasjonale myndigheter i en konkret situasjon, også vil ble funnet proporsjonalt ("nødvendig i et demokratisk samfunn") ved en etterfølgende menneskerettslig bedømmelse.

### 2.2.5 Andre artikler som er påberopt i psykisk helsevern-saker.

Når først saker er brakt inn for EMD, er det regelmessig også klaget over mangel på effektive rettsmidler til å komme ut av en frihetsberøvelse eller lignende, en rett som er sikret etter EMK art. 13. Vanligvis blir ikke dette prøvd dersom det først er foretatt en vurdering mot art. 5 (4) og/eller art. (6), idet art. 13 fanger først og fremst opp situasjoner som ikke kan prøves etter art. 5 (4) og art. 6. Dette var for eksempel tilfellet i *Shtukatur* *mot Russland*. Når det ble fastslått brudd på art. 5 (4) og art. (6), var det unødig å behandle anførselen om brudd på art. 13.

Heller ikke det aksessoriske diskrimineringsvernet i EMK art. 14 har vist seg som en selvstendig skranke mot frihetsberøvelse eller tvangsbehandling av personer med psykisk lidelse. For eksempel fant ikke EMD i *Shtukatur* grunn til å foreta en selvstendig prøving av anførselen om brudd på diskrimineringsforbudet.

### 2.2.6 Oppsummeringsmessig om EMK som skranke ved tvangspsykiatriske inngrep

Det synes altså, foreløpig, å måtte legges til grunn at statene etter EMK har en ganske fri skjønnsmargin på psykiatrifeltet i forhold til psykiatriske pasienters rettsvern. Dette framgår av dommene i *Winterwerp* og *Herczegfalvy*. *Gajcsi*-dommen fastslo ulovlig frihetsberøvelse fordi kravene i EMK art. 5 (1) for å etablere og videreføre tvungent psykisk helsevern ikke ble funnet oppfylt; prosessuelle rettssikkerhetsgarantier var overtrådt. Også *Shtukatur*-dommen avspeiler at EMD er mer klar til å etterprøve prosessuelle forhold i disse sakene, enn å foreta en reell etterprøving av brudd på materielle skranke for statlige inngrep. Denne tilbakeholdenheten ved prøving av det medisinskfaglige skjønn skiller seg fra EMDs villighet til etterprøving av statenes faglige vurderinger i barnevernsaker, se for eksempel *Johansen mot Norge* fra 1996.

Den norske lovgivningen vedrørende tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering synes å være innenfor kravene etter EMK. Det er derfor liten grunn til å tro at EMD vil konstantere brudd mot de aktuelle artiklene i EMK dersom vilkårene for tvangsinngrepene er oppfylt og det kan dokumenteres at det er foretatt en forsvarlig faglig skjønn. Dette er i tråd med de forutgående vurderingene som ble foretatt i lovforarbeidene, se Ot.prp. nr. 11 (1998-99) der hele kapittel 4 omhandler

menneskerettslige spørsmål. Også i Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) som lå til grunn for lovrevisjonen i 2006, var et eget kapittel (kapittel 3) viet menneskerettslige spørsmål.

I to av de fire sakene som er ført for Høyesterett etter psykisk helsevernloven etter at loven trådte i kraft i 2001, ble det påstått brudd på bestemmelser i EMK ved etableringen av tvangsvernet, og retten kom til at så var tilfellet. Men ikke i noen av sakene ble pasienten gitt medhold i sitt krav om utskrivning.

Én av sakene gjaldt følgene av saksbehandlingsfeil ved brudd på det førnevnte konverteringsforbudet i psykisk helsevernloven § 2-3, og som samtidig innebar et brudd på EMK art. 5 (1) om at lovlig framgangsmåte skal følges. Dette ble påpekt av Høyesterett i Rt. 2002 s. 1646. Dette var noe av bakgrunnen for lovendringen på dette feltet. I Rt. 2004 s. 583 påsto pasienten at det under prosessen hadde skjedd brudd mot EMK art. 5 (4). Prosessen – og derved prøvingen – ble forsinket slik at vilkåret om at vedkommende er «entitled to take proceedings by which the lawfulness of his detention shall be decided *speedily* by a court» (min uthevelse) ikke var oppfylt. Retten la til grunn at det forelå en rekke ulike årsaker til langsom prosessframgang; noen skyldtes forhold på pasientens side, noen på domstolenes side, og konklusjonen var konvensjonsstrid.

I en dom fra Oslo tingrett i 2007 ble fastslått brudd på EMK art. 5 (1) og art. 8 i samband med tvangsmessig legeundersøkelse og etterfølgende frihetsberøvelse. Saken er gitt bred omtale i Thune 2008 s. 42 flg. Dommen ble ikke anket av Aker Universitetssykehus.

Det er klargjort av Høyesterett i dommen inntatt i Rt 2004 s. 583 at påstand om denne type brudd ikke kan utgjøre et selvstendig krav som domstolen må ta stilling til i en utskrivelsessak etter tvisteloven kap. 36, se nærmere punkt 5.2 der dommen presenteres nærmere.

### **2.3 FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP)**

SP gjelder som norsk lov, se menneskerettsloven § 2 nr. 3. Flere av de sentrale rettighetene som er beskyttet etter SP, er samsvarende med tilsvarende rettigheter etter EMK. Fordi bestemmelsene i EMK er de som påberopes i praksis, skal de aktuelle

bestemmelsene i SP bare kort nevnes. Det er også slik at prosessregler sperrer for å samtidig å benytte begge de internasjonale klagesystemene, selv om ulike, nært tilknyttede konvensjonsrettigheter, parallelt kan påberopes i en norsk rettstvist.

SP art. 7 første punktum har et tilsvarende forbud mot tortur og umenneskelig eller uverdigg behandling eller straff som EMK art. 3.

Art. 9 gjelder retten til å prøve frihetsberøvelse. Bestemmelsen vil i all hovedsak være dekket av EMK art. 5, jf. art. 6.

Art. 10 første ledd slår fast at personer som er berøvet friheten skal behandles humant og med respekt for menneskets iboende verdighet. Disse kravene vil måtte tolkes i samsvar med kravet om respekt for familieliv og privatliv etter EMK art. 8. Både art. 9 og 10 har blitt påberopt i en utskrivningssak for Høyesterett.

Se Rt. 1981 s. 770 hvor Høyesterett kom til at det ikke forelå brudd på disse bestemmelsenes vern om individet (pasienten). Pasienten, en mann i 40-årene, var plassert på en svært passiv psykiatrisk institusjon befolket av eldre, sløvede pasienter. Førstvoterende pekte på at selv om vilkårene for tilbakehold var oppfylt, måtte en også se hen til at «A er en yngre, vital mann som ikke kan sies å passe inn blant det øvrige klientell på institusjonen». A burde derfor «få sjansen til å forsøke seg i frihet» (s. 780). Utskrivelsen skjedde selv om behandlingen av ham ikke var i strid med menneskerettighetene. Høyesteretts dom avspeiler (i alle fall en daværende) vurdering av at vernet etter norsk rett på dette feltet er sterkere enn det som oppstilles i SP.

Soft law instrumentene oppstiller som nevnt langt mer spesifiserte krav om at pasienter underlagt tvang skal behandles med verdighet, og at behandlingen skal gjennomføres med respekt for den enkeltes integritet, og slike krav bør anvendes mer offensivt av håndhevingsorganene for å gi et mer konkret innhold til de kravene som konvensjonene oppstiller, se avsnitt 3.

Konklusjonen må være at gjeldende norsk lovgivning vedrørende frihetsberøvelse og tvangsmedisinering neppe er i strid med rettigheter og friheter som er nedfelt i SP.

## 2.4 Europarådets bioetiske konvensjon (Oviedo-konvensjonen)

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (1997) samler de fleste grunnleggende prinsipper om pasientbehandling og om forskning på mennesker.

Konvensjonen trådte i kraft i 1999. Norge ratifiserte konvensjonen i 2006, se St.prp. nr. 53 (2005-2006).

Som et hovedprinsipp fastslås i art. 2 blant annet at hensynet til pasientene skal gå foran hensynet til rene samfunns- og forskningsinteresser.

I art. 5 oppstilles et generelt krav om informert samtykke i samband med medisinsk behandling og forskning. I denne sammenheng er særlig formuleringene i art. 6 og 7 av interesse, idet disse omhandler en særlig beskyttelse av personer som mangler personlige forutsetninger for å forplikte seg gjennom samtykke, for eksempel på grunn av manglende evne til forståelse («reduced capacity of understanding»).

Art. 7 i konvensjonen beskytter sinnslidende personer, dvs. «persons who have a mental disorder». Behandling uten eget samtykke kan bare skje overfor en person med *alvorlig* sinnslidelse, «person who has a mental disorder of a serious nature», og da på nærmere angitte vilkår. Personer som kan frihetsberøves etter en «unsound mind»-vurdering etter EMK art. 5, vil utvilsomt tilfredsstille kravet om å ha en sinnslidelse «of a serious nature». Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig for frihetsberøvelse; behandling uten eget samtykke kan bare gis dersom unnlattelse av å gjennomføre behandlingen av sinnslidelsen vil kunne føre til alvorlig helseskade, i originalteksten: «only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health». Det kreves lovhjemmel for slike inngrep, og den nasjonale lovgivningen skal også sikre at det foreligger kontrollorganer og muligheter for å påklage tvangsvedtak.

Art. 7 stiller videre krav om at det må tilbys behandling av den psykisk syke; det åpnes ikke for frihetsberøvelse som bare har karakter av oppbevaring. Dette var bakgrunnen for at det selvstendige vilkåret om at en pasient kunne tilbakeholdes dersom han ellers ville lide overlast (ved utskrivning), ble opphevd i den nye norske psykisk helsevernloven av



1999. Dette kunne åpne for opphold uten behandlingsmessige konsekvenser. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) vurderes behandlingvilkåret (phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a) å være i samsvar med de krav som stilles i konvensjonen på dette punkt. Enten vedkommende mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller opplever at tilstanden blir vesentlig forverret, vil det kunne anses som en alvorlig skade på hans eller hennes helse.

Farevilkåret (§ 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b) som gjelder fare for *egget* liv og helse må likeledes falle innenfor art. 7, jf. «explanatory report» til konvensjonen. Fare for *andres* liv og helse går på sin side inn under art. 26, som tillater å gjøre unntak fra konvensjonens øvrige bestemmelser blant annet «for the protection of the rights and freedoms of others». Personer kan derfor – også etter denne konvensjonen – tilbakeholdes ut fra hensynet til andre personers liv og helse (sosial paternalisme).

Det er altså ikke mulig å trekke slutninger om at gjeldende norsk lovgivning vedrørende frihetsberøvelse og tvangsmedisinering er i strid med rettigheter og friheter som er nedfelt i Oviedo-konvensjonen. Dette ble også lagt til grunn da denne ble ratifisert. I samband med ratifikasjonen ble det for eksempel foretatt nødvendige lovendringer i abortloven og steriliseringsloven, se Ot.prp. nr. 63 (2005-2006). Det ble ikke funnet å måtte foretas lovendringer i psykisk helsevernloven.

Etter art. 9 skal det for øvrig tas tilstrekkelig hensyn til («should be taken into account») når en pasient i en god fase, dvs. med samtykkekompetanse, har gitt uttrykk for hvordan han eller hun mener at sykdommen bør behandles dersom sykdommen på nytt forverrer seg. Det ble framsatt forslag i tråd med slike synspunkter da psykisk helsevernloven ble behandlet av Stortinget, men forslag om å legge vekt på «advanced directives» ble nedstemt vedrørende spørsmålet om tvangsmedisineringstiltak (Syse 2007 s. 122).

Det kan være mulig å legge slike vurderinger inn i kravet om at pasienten skal høres i phvl. § 3-9, men dette følger ikke direkte av ordlyden. Tilsvarende kan det vurderes å ligge i vilkåret om en helhetsvurdering i phvl. § 3-3 første ledd nr. 6 hvor lovteksten

fastsetter at det skal vektlegges hva som «framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse». Det er videre presisert at ved vurderingen «skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende». I slike krav er det innfortolket at tidligere uttrykte ønsker bør tas i betraktning, se Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) punkt 3.2.3.

## **2.5 FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)**

FN-konvensjonen av 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 2. Ved at rettighetene etter konvensjonen er av positivrettslig karakter og ikke beskytter mot inngrep i den personlige friheten, er de ikke av samme interesse ved vurderingen av regler om bruk av tvang. Det er imidlertid hevdet at det å *ikke* internere psykiatriske pasienter som kan være til fare for andre, kan medføre brudd på bestemmelsene om retten til liv, beskyttet i art. 6. Dette er hevdet blant annet av Den Norske Advokatforening i *Supplementary Report to Norway's 5th Periodic Report under ICCPR*, Oslo 2005, se s. 10. Tilsvarende vil kunne hevdes også i forhold til EMK art. 2 som verner respekten for livet.

Blant de bestemmelser som er relevante for det psykiske helsevernet, er art. 12. Artikkelen forplikter konvensjonsstatene til å treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.

I forbindelse med eksaminasjonen av Norges fjerde periodiske rapport i ØSK-komiteen i mai 2005, uttalte komiteen i sine avsluttende merknader:

The Committee recommends that the state party ensures that every decision to detain a person with mental disorder for compulsory psychiatric treatment to be reviewed promptly by an independent judicial body.

Denne anbefalingen er ikke tatt til følge i norsk rett. Det primære vedtaket om administrativ frihetsberøvelse skal fortsatt fattes av *den faglig ansvarlige for vedtak* ved

den enkelte institusjon. Det framgår av phvl. § 1-4 med tilhørende forskrift hvem som er faglig ansvarlige for vedtak. Kontrollkommisjonen skal foreta en legalkontroll av *alle* tvangsinnleggelsesvedtak; dvs. den skal se etter at alle nødvendige undersøkelser og vurderinger forut for et lovlig tvangsinnleggelsesvedtak er dokumentert.

Men kontrollkommisjonen skal foreta en full prøving av tvangsinnleggelsen etter klage, og det er deretter åpnet for en rask og kostnadsfri domstolskontroll etter særprosessen i tvisteloven kapittel 36 for alle vedtak av kontrollkommisjonen om tvangsinnleggelse og nektet utskrivning, se psykisk helsevernloven § 7-1.

Etter departementets oppfatning er disse rettssikkerhetsgarantiene tilstrekkelige til å tilfredsstille våre forpliktelser etter denne konvensjonen, se Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) punkt 3.2.6. Jeg tror ikke det kan være særlig tvil om at dette må være en riktig vurdering i forhold til konvensjonskravene.

Spørsmålet om innleggelsesvedtaket bør fattes av en domstol – og ikke av en lege eller psykolog – er et spørsmål som kan avgjøres av den nasjonale lovgiver, bare det sikres en rettslig etterprøving, jf. kravene i EMK art. 5 (4) og art. 6. Etter mitt syn kan det ikke utledes noe krav utover dette av ØSK.

## **2.6 FNs konvensjon om barns rettigheter**

FNB trådte i kraft i 1991 for vårt lands vedkommende, og er nå inkorporert gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 4. Konvensjonen har i hovedsak bestemmelser som skal sikre at barn møtes av foreldre og samfunn ut fra at de er selvstendige individer, og først og fremst med tanke på hva som tjener det enkelte barnet best. Barnets privatliv skal respekteres, og barnet skal ikke skilles fra sine foreldre uten at dette følger av lov og er nødvendig ut fra barnets interesser. Det foreligger få artikler som er av betydning ved tvangsbruk etter internrettslig lovgivning. De viktigste er art. 37, som setter forbud mot nedverdiggende behandling av barn og ungdom som er plassert i institusjoner, og prinsippet i art. 40 om at ingen barn skal bli tvunget til å avgi forklaring eller til å innrømme skyld.

I denne konvensjonen er fysisk og psykisk *funksjonshemming* på lik linje med rase, kjønn, språk, politisk oppfatning, nasjonal, etnisk eller sosial opprinnelse, fødsel eller annen status, for første gang i menneskerettighetssammenheng eksplisitt opplistet som et ulovlig grunnlag for forskjellsbehandling, se art. 2 nr. 1.

En egen art. 23 omhandler videre, i fire nummererte punkter, rettigheter til barn med funksjonshemninger (Syse 2008). I nr. 1 fastslås blant annet at «et barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet, skal ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvillit og letter barnets aktive deltakelse i samfunnet». Nr. 2 framhever at «barn med funksjonshemninger har rett til særskilt omsorg». De «rettighetene» som er nedfelt i FNB art. 23 (artikkelen bruker ord som «rett til», «partene skal» m.v.), må tolkes som utsagn om at staten skal sikre positive (mer)rettigheter ut fra det enkelte barns konkrete behov. Hjelpetiltakene skal ytes ut fra konvensjonens overordnede prinsipp om å vektlegge hensynet til barnets beste, se FNB art. 3.

## **2.7 Den europeiske sosialpakt (ESP)**

Bare i begrenset utstrekning vil bestemmelser i ESP (1961, revidert 1996), være relevante i spørsmål om tvangspanykatri. Sosialpakten er ikke inkorporert gjennom menneskerettsloven, og den har dermed fått et mer «uforpliktende» preg for Norge enn tilsvarende bestemmelser nedfelt i ØSK. Men Norge er folkerettslig bundet og må regelmessig avgi rapporter for å klargjøre at vår lovgivning og praksis er i tråd med rettighetene i sosialpakten. Det er ingen individuell klagemulighet ved eventuelle brudd på statenes forpliktelser etter konvensjonen, men representative organisasjoner kan reise sak mot en stat for ikke å følge opp forpliktelsene etter ESP, se for eksempel klage nr.13/2002 Autism Europe mot Frankrike.

Ministerkomiteen fant at undervisningstilbudet til autister i Frankrike ble ansett å utgjøre en krenkelse av reglene om barns rett til opplæring (ESP art. 17 nr. 1), «disabled persons» rett til opplæring (ESP art. 15 nr. 1) og diskrimineringsforbudet i art. E. Avgjørelsen slår uttrykkelig fast at det ikke er tilstrekkelig å vedta regelverk. Statene er også forpliktet til å gjøre de nødvendige praktiske tiltak for å gi effekt til rettighetene som ESP sikrer.

I denne sammenhengen kan særlig nevnes at ESP oppstiller bestemmelser til beskyttelse av pasienter og om retten til behandling, ettervern og omsorg (ESP art. 11 og 13). I ESP art. 15 pålegger statene å treffe nødvendige tiltak for å skaffe funksjonshemmede arbeid, ved å tilrettelegge atferds- og arbeidsformidlingstiltak, muligheter for vernet sysselsetting mv. Dette er rettigheter som kan ha betydning for personer med psykiske

lidelser, men neppe når legitimiteten av tvangstiltak skal bedømmes (Bartlett m.fl. 2007, se dog Akuffo 2004).

## **2.8 Europarådets arbeid for en egen protokoll til Oviedo-konvensjonen om bruk av tvang i psykiatrien**

I Europarådets Steering Committee on Bioethics (CDBI) ble det på det 35. komitemotet i Strasbourg, 2.-5. desember 2008, behandlet et utkast til nytt folkerettslig instrument, med foreløpig tittel *Fundamental principles governing involuntary placement and treatment of persons with mental disorder which could be included in an additional Protocol to the Oviedo Convention*. Hensikten med dette dokumentet er å utvikle og klargjøre inngrepskriteriene som framgår av EMK art. 5 (1) bokstav e samt Oviedo-konvensjonen art. 7. Dette uttrykkes på denne måten:

The purpose of such a Protocol would be developing two provisions contained in the European Convention on Human Rights (article 5§1 (e)) and the Oviedo Convention (article 7), regarding involuntary placement and treatment of persons with mental disorder. In fact, these two provisions, drafted in very general terms, have never been developed in a binding instrument.

The object of the Protocol would be enunciating the fundamental safeguards with regard to this very exceptional form of interference with the rights to freedom and to personal autonomy without specifying in details the implementation of these safeguards, which may vary from one country to another. Thus, the Protocol would be in line with the main purpose of the Oviedo Convention, that is to say the protection of fundamental rights.

The Preamble would recall the aforementioned provisions, and underline the importance of defining principles and safeguards which would frame the implementation of these provisions. It would also refer to other instruments and work of other bodies that should be taken into account, in particular, the Recommendation (2004) 10 and the standards of the CPT.

It is proposed to confine the scope of such an instrument to the involuntary placement and treatment of persons with mental disorder. The Protocol would enunciate the primary conditions which should govern any decision of involuntary placement or treatment of a person with a mental disorder as well as the fundamental rights of persons subjected to involuntary placement or treatment.

De ulike prinsippene er delt inn i fem ulike grupper. Den første gruppen gjelder generelle og overordnede prinsipper som skal styre tvangsvern og tvangsbehandling av personer med en alvorlig sinnslidelse.

1. **Principal of consent:** Involuntary placement and treatment are subjected to the free and informed consent of the person.<sup>1</sup> Exceptions to this principle may only be allowed if the conditions provided for in this Protocol are met.
2. **Significant risk of serious harm:** A person may be subject to involuntary placement or treatment only if the person's condition represents a significant risk of serious harm to his or her health or to other persons.
3. **Principle of least restriction:** Persons with mental disorder have the right to be cared for in the least restrictive environment available and with the least restrictive or intrusive treatment available.

Den neste gruppen utgjøres av prinsipper som skal styre prosessen som kan føre til tvangsvern og tvangsbehandling overfor psykiatriske pasienter:

1. **Lawfulness, impartiality and independence of the competent body:** Competent body that order the involuntary placement or treatment must be provided by law and offer guarantees of independence and impartiality, particularly *vis-à-vis* body that proposes the involuntary measure.
2. **Requirement for medical justification:** The decision to subject a person to involuntary placement or treatment must be based on an examination conducted by a competent medical doctor and in accordance with valid and reliable professional standards.
3. **Opinion of the person concerned:** The person concerned by the involuntary measure must be consulted and his/her opinion must be taken into account before such measure is applied.
4. **Regular reviews:** The decision to subject a person to involuntary placement or treatment must specify the duration of the measure and must be subject to regular review.
5. **Right of appeal (see under iii.3)**

Den tredje gruppen skal sikre rettigheter for pasienter som underlegges tvangsvern og tvangsbehandling:

---

<sup>1</sup> Det virker som om denne setningen er selvmotsigende. Er det trykkfeil eller lignende. Må bringes på det rene og evt. opprettes.

1. **Right to information:** "Persons subject to involuntary placement or involuntary treatment, or if appropriate their representatives, should be promptly informed, orally and in writing, as soon as possible and in a language they understand, of the reasons for the decision, the remedies open to them and their rights.
2. **Right to communication and to visits:** Persons subject to involuntary placement or involuntary treatment shall be entitled to communicate with their lawyers, representatives or other authorities appointed by the law to represent their interests. They shall also be entitled to receive visits from and communicate with their personal advocates or other persons. The right to receive visits from and communicate with personal advocates or other persons may be subject to restrictions if these are necessary measures to protect those concerned or the rights of others and are proportionate to the aims pursued.
3. **Right of appeal:** Persons subject to involuntary placement or involuntary treatment shall be entitled to lodge an appeal with a court, which shall rule promptly on the lawfulness of these measures and to ask for the continuing lawfulness of and need for the measures to be reviewed at reasonable intervals. The court's decision shall be subject to appeal.

In appeals or review proceedings, those concerned shall be entitled to:

- a hearing in person or through their personal advocates or any other persons or authorities appointed by law to represent their interests;
- access to a lawyer and free legal aid;
- access to all the relevant case material, other than material whose dissemination is prohibited by law to protect the confidentiality and safety of others.

Prinsippene i gruppe fire regulerer bruk av ulike tvangsmidler og begrensning av behandlingstiltak med "irreversible fysiske effekter" for pasienten (tilsvarende uttrykk brukt i Rekommandasjon (2004) 10 art. 28 innebærer bruk av ECT og psykokirurgiske inngrep, se punkt 3.3. Medikamentell behandling synes ikke å være omfattet av dette uttrykket, og det er derfor ikke noe forbud mot bruk av medikamenter så lenge det er en behandling som er basert på faglige og etiske overveielser, og enten tas frivillig av pasienten, eller er bestemt av kompetent organ:

1. **Means of restraint (Seclusion and restraint)**
  - a. Exceptional nature of means of restraint; reiterate the principle of least restriction (i.e. the necessity to make alternatives to seclusion and restraint as widely available as possible) ;
  - b. Proportionality of means of restraint [in relation to the risks entailed].
  - c. Requirement to prevent imminent harm [to the person concerned or others]
2. **Specific treatments**
  - a. Definitions of strict conditions, according to article 28 of Rec (2004) 10 regarding:

- treatments for mental disorder with the aim of producing irreversible physical effects,
  - treatments, with no aim of producing irreversible physical effects, but which are particularly intrusive;
- Reiteration of the principles of least restriction, free and informed consent or authorisation of the competent body, and appropriate ethical scrutiny.
- b. Absolute ban on treatments for mental disorder with the aim of producing irreversible physical effects in the context of involuntary placement.
3. **Appropriate recording:** Any use of seclusion, restraint or specific treatments should be fully documented and recorded in a register for oversight and review purposes.

Den femte gruppen av prinsipper gjelder for øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

1. **Prohibition of abuse of rights:** Exceptional procedure is limited to emergency situations and shall not be used to avoid applying the regular procedure of involuntary placement and treatment.
2. **Immediate risk of serious harm:** An involuntary placement or treatment shall only be imposed according to exceptional procedure if the condition of the person with a mental disorder represents an immediate risk of serious harm to his or her health or to other persons.
3. **Requirement for medical assessment:** Even in emergency situations, a decision regarding involuntary placement or treatment shall be based on a medical assessment appropriate to the measure concerned, taking into account the circumstances.
4. **Appropriate recording:** An involuntary placement or treatment applied under the exceptional procedure shall be for a short period of time, shall be documented and state the maximum period beyond which, according to law, it must be formally reviewed. If the measure needs to be continued beyond the emergency situation, the regular procedure applies.

Jeg vet ikke om hva som skjedde i drøftingene i Strasbourg, herunder om det er tatt stilling til hvorvidt Steering Committee on Bioethics (CDBI) vil gå videre i Europaråds-sammenheng med å få utarbeidet og vedtatt en protokoll til Oviedo-konvensjonen i tråd med det framlagte forslaget.

Forslaget sitert over er på mange måter bygget over samme lest som Rekommandasjon (2004) 10, men det er valgt en knappere uttrykksform, se nærmere punkt 3.3, og som Norge mener er oppfylt for vår lovs vedkommende. Det vil derfor neppe være avgjørende for norsk lovgivning på området om en slik protokoll blir vedtatt eller ikke, men det synes klart at dette kan være med på skjerpe prøvingen i EMD av tvangstiltak overfor



psykiatriske pasienter. Jeg er sterkt i tvil om det vil kunne utledes noen konklusjon om at et begrenset behandlingsvilkår av den typen som er lovfestet i norsk rett, ikke vil kunne stå seg selv ved etter vedtak av en slik tilleggsprotokoll. I denne sammenhengen er det også av betydning at det ikke er åpnet for et vedtak om konvertering etter phvl. § 3-4 andre ledd dersom «bare» behandlingsvilkåret er oppfylt.

## **2.9 Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter**

Denne konvensjonen som ble vedtatt i 2006, kan ha betydning for spørsmål om bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser.

Siden konvensjonen (ennå) ikke ratifisert av Norge, er Norge ikke folkerettslig bundet av konvensjonens bestemmelser. Den kan derfor ikke presenteres her i kapittel 2, men vil bli en gitt en særlig omtale i punkt 4.

## **3. Ikke bindende instrumenter (soft law)**

### **3.1 Innledning**

Norge har deltatt i ulike internasjonale fora som har vedtatt rekommandasjoner om hvordan ulike pasientgruppers stilling bør være i den enkelte stat. Disse rekommandasjonene medfører ingen rettslige forpliktelser for myndighetene; de oppstilte «rettighetene» kan derfor ikke håndheves av domstolene. Tekstene oppstiller like fullt relevante retningslinjer både for lovgivningsprosesser og for forvaltningens og domstolenes rettsanvendelse.

Spesiell oppmerksomhet har vært viet situasjonen til psykiatriske pasienter som kan ha bristende realitetsforståelse og derved vanskelig for å ivareta egne interesser. For funksjonshemmede mennesker i sin alminnelighet har slike rekommandasjoner som siktemål å anbefale visse «minimumsrettigheter» for individuelle tilbud, og å pålegge statene «forpliktelser» til å gjøre samfunnets alminnelige tilbud allment tilgjengelige.

Det er Europarådets rekommandasjoner om bruk av tvang i psykisk helsevern fra henholdsvis 1983 og 2004 som først presenteres. Dernest følger Europarådets rekommandasjon av 1999 som omhandler beskyttelse av personer med nedsatt rettslig

handleevne. Dernest behandles FN's og WHO's prinsipper om verdig behandling psykiatriske pasienters.

### **3.2 Europarådets rekommandasjon om bruk av tvang i psykisk helsevern fra 1983**

I mange år var denne rekommandasjonen – Res. nr. (83) 2 – av stor betydning for europeiske lands lovgivningspolitiske valg. Denne rekommandasjonen er gjengitt i sin helhet – i norsk og engelsk tekst – og nærmere kommentert av Bernt-utvalget i NOU 1988: 8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Den gir særskilt beskyttelse av personer med psykiske lidelser som er innlagt uten samtykke. Ved avgjørelser av om det foreligger en psykisk lidelse, fastslår art. 2 at dette må skje på medisinskvitenskapelig grunnlag. Om en person har vanskelig for å tilpasse seg samfunnets moralske, sosiale, politiske eller andre normer og verdier, bør ikke dette i seg selv betraktes som en psykisk lidelse. Bestemmelsen skal begrense faren for (mis)bruk av psykiatrien som et politisk og/eller sosialt «renovasjonsvesen».

Blant fanebestemmelsene kan nevnes art. 10 som framhever respekten for pasienters verdighet, og som gjenfinnes i psykisk helsevernloven § 4-1.

Men ikke alle anbefalingene er fulgt opp i lovgivningen. I art. 1 nr. 2 defineres hva som skal forstås med en tvangsinnleggelse:

[A]dmission and detention for treatment of a person suffering from mental disorder [...] in a hospital, other medical establishment or appropriate place [...] the placement not being at his own request.

Det stilles altså krav til et ønske eller forespørsel, fra pasienten selv, om innleggelse for at kravet til frivillighet skal være oppfylt. Dette innebærer at de fleste pasientene i «gråsonen» i figur 1 formelt burde vært underlagt tvangsreglene mht. innleggelse. Dette er ikke tilfellet i Norge eller i andre nordiske land (Syse og Nilstun 1997). En slik utvidet forståelse av tvangsbegrepet legges imidlertid til grunn for forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

I art. 3 stilles tilleggskrav til innleggelsesgrunnlaget ved at pasienten enten skal være til fare for seg selv eller omgivelsene, eller at plasseringen må skje av behandlingsgrunner; dette er krav som senere er regelfestet i Oviedo-konvensjonen, se punkt 2.4.

I art. 4 oppstilles prosessuelle krav for en lovlig tvangsinnleggelse og i tillegg krav om at pasienten har mulighet til å få en rettslig overprøving av innleggelsesgrunnlaget. Dette følger allerede av bindende regler i EMK art. 5, jf. art. 6.

I de neste bestemmelsene oppstilles spesifikke krav for å styrke pasienters integritetsvern.

I art. 5 stilles krav til materiell standard og til en viss medisinsk behandling, mens art. 6 begrenser muligheten til å påføre pasienten ytterligere restriksjoner med mindre dette kan begrunnes behandlingsmessig. Art. 7 fastsetter et generelt flytteforbud dersom ikke pasienten selv ønsker overflytting til annen institusjon eller slik flytting er behandlingsindisert.

Art. 8 fastslår at det skal være en lengstetid for administrative avgjørelser. Alternativt må det foreligge krav om regelmessige kontroller for å prøve om vilkårene for retensjon stadig er til stede. Det skal videre være rettslig overprøvingsmulighet av det medisinskfaglige skjønnnet «at reasonable intervals». Også disse kravene er Norge bundet av gjennom reglene i EMK art. 5 (4) slik disse er tolket av EMD, blant annet i *Winterwerp*. Prinsippet er også nedfelt i tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7-1.

I art. 11 er det understreket at denne rekommandasjonen ikke skal tolkes som «maksimumsregler». Det står enhver stat fritt til å gi tvangsinnlagte psykiatriske pasienter en bedre rettsbeskyttelse enn rekommandasjonens anbefalte «minstenormer».

### **3.3 Europarådets rekommandasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom**

Denne rekommandasjonen – Rec. nr. 10 (2004) – skal som sin «forgjenger» styrke ivaretagelsen av verdighet og menneskerettigheter for personer med psykiske lidelser, spesielt de som er underlagt tilbakeholdelse eller behandling ved bruk av tvang, se art. 1.

Det kan, ut fra dokumentene forut for oppstarten av arbeidet med resolusjonsteksten, virke som om dette arbeidet i utgangspunktet skulle munne ut i en bindende konvensjon om psykiatri og menneskerettigheter, se «White Paper» av 6. mai 1999.

Det må etter rekommandasjonen oppstilles som vilkår for tvangsinnleggelse at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, at tilstanden representerer en klar risiko for alvorlig skade for pasientens helse eller andre personer, og at det skal være et behandlingsmessig formål med oppholdet. Dette er vilkår som kjennes igjen fra Oviedo-konvensjonen, se punkt 2.4. I tillegg oppstilles et proporsjonalitetskrav, dvs. at det minst inngripende tiltak skal anvendes. Pasientens syn tas med i vurderingen dersom tvang skal anvendes, både vedrørende tvangsinnleggelse og spørsmål knyttet til tvangsbehandling, men uten at «advanced directives» blir spesielt nevnt slik som i Oviedo-konvensjonen.

Det er foretatt én viktig innsnevring i forhold til rekommandasjonen av 1983; det åpnes ikke lenger for tvangsinnleggelse dersom unnlattelse av dette «bare» vil kunne føre til en forverring av sinnslidelsen eller kunne forhindre pasienten i å få adekvat behandling, se Ot.prp. nr. 65 (2005-06) punkt 3.2.4. Bortfallet av et rent «behandlingsvilkår» i rekommandasjonen førte likevel ikke til forslag om endringer i inngrepsvilkårene i den norske psykisk helsevernloven. Som det uttrykkes: det ligger fortsatt et behandlingskriterium i rekommandasjonen «selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium».

Det er lett å forstå synspunktet om at dersom det kun åpnes for tvungent vern overfor pasienter som er til fare for seg selv eller andre, vil dette kunne føre til at svært syke personer uten sykdomsinnsikt ikke ville få nødvendig helsehjelp fra det psykiske helsevernet, eller at de ville få slik hjelp for sent. Det kan også føre til risiko for økt stigma for psykisk syke ved et enda større fokus på farlighet, jf. omtalen av enkelte pasienter i media som «tikkende bomber». Også i stortingsdebatter er denne terminologien brukt om personer med psykiske lidelser som har foretatt alvorlige lovbrudd.

Av art. 15 følger det at det skal tas nødvendig hensyn til pårørende av psykisk syke, og i særdeleshet til barn. Dette er nye prinsipper innen soft law instrumentene, og som det til en viss grad ble tatt hensyn til ved lovendringene i 2006, se Ot.prp. nr. 65 (2005-06) punkt 3.2.4. Den viktigste endringen skjedde i § 3-5 hvor det er lovfestet at det skal tas «tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med» ved vurderingen av om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal skje i institusjon eller uten døgnopphold i institusjon.

Det er derimot ikke nytt at slike instrumenter anbefaler at kompetansen til å ta avgjørelser om frihetsberøvelse fortrinnsvis bør plasseres hos et judisielt organ. Dette er regelfestet i art. 20. Men heller ikke den norske ordningen, der tvangsvedtak i første omgang fattes av en oppnevnt faglig ansvarlig for vedtak (psykiater eller psykologspesialist), vil være i strid med resolusjonen så lenge vedtaksfatteren er en uavhengig person i forhold til den som foreslår bruk av tvang. Dette er reglene i dag med krav om legeundersøkelse utenfor institusjon, selv om kravet til begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens pårørende ikke lenger er nødvendig for å etablere tvungent psykisk helsevern.

*Hvem* som skal ta avgjørelsen om å etablere tvungent psykisk helsevern, er et spørsmål som viser at ulike menneskerettighetsorganer kan mene ulikt ut fra sitt hjemmelsgrunnlag. I norsk rett har det stadig blitt en større likestilling mellom psykiater og psykologspesialist, se psykisk helsevernloven § 1-4 etter lovendringene av juni 2006. Mens ØSK-komiteen og soft law instrumenter ønsker at en rettsinstans fatter avgjørelsen, stilte Den europeiske torturkomiteen flere avsluttende spørsmål om forholdet i psykisk helsevern etter sitt besøk ved norske institusjoner i oktober 2005, se CPT (2006) s. 11. Her retter torturkomiteen kritikk mot at psykologer skal kunne fatte avgjørelser. Det heter i punkt 92 andre avsnitt: «In the CPT's opinion, such a decision should always remain exclusively in the hands of a qualified psychiatrist (and preferable two)», uth. foretatt av CPT. Dette mener torturkomiteen tydeligvis kan utledes av Den europeiske konvensjonen for å forebygge tortur og nedverdiggende behandling av 1987

Bernt-utvalget foreslo i NOU 1988: 8 at kompetansen skulle tillegges et kollegialt organ bestående av en psykiater, en psykolog og en sykepleier, men dette ble ikke fulgt opp i det videre lovarbeidet.

Etter mitt syn kan pasientinteresser tale for å beholde den nåværende ordningen hvor det er en faglig ansvarlig ved institusjonen som fatter tvangsinnleggelsesvedtaket. Dette medfører at pasienten til daglig vil kunne møte den som har bestemt tvangsbruken, og vedkommende kan dermed ikke «fraskrive seg» ansvaret for denne avgjørelsen.

Om de mange vedtak om tvangsinnleggelse skulle overføres til tingretten, vil dette lett føre til en formalprosedyre hvor retten i stor utstrekning vil måtte legge de faglige vurderingene fra legeerklæringene til grunn. Dette øker neppe rettssikkerheten idet tidsaspektet vil forhindre en mer dyptgående prøving. Innleggelsesavgjørelser vil ofte kunne ha et visst «hastepreg».

Rettslig prøving er etter mitt syn mer passende ved etterprøving av kontrollkomisjonens avgjørelser, idet saken da er tilstrekkelig opplyst til å åpne for reell kontradiksjon og en åpen bevisvurdering av om vilkårene er oppfylt. Pasientens prosessfullmektig vil ha tilgang til sykehusets observasjoner og vurderinger og derved lettere kunne bestride det rettslige og faktiske grunnlaget for fortsatt tvangsvern.

I art. 25 stilles krav om muligheten for judisiell overprøving av vedtak om tilbakeholdelse og tvangsbehandling. For selve frihetsberøvelsen er dette allerede et krav etter EMK art. 5 (4).

Vedtak om tvangsbehandling, for eksempel med medisiner etter psykisk helsevernloven § 4-4, kan imidlertid ikke bringes inn for kontrollkomisjonen eller domstolene til prøving etter tvisteloven kap. 36. Et evt. søksmål vil måtte gå etter de ordinære prosessreglene som fører til en langsommere progresjon gjennom rettsapparatet. Fylkesmannen er gjort til klageinstans ut fra hensynet til rask saksbehandling basert på tilstrekkelig faglig kompetanse til å kunne overprøve de faglige vurderingene, se Ot.prp. nr. 11 (1998-99). I Ot.prp. nr. 65 (2005-06) fastholdes at dette er en god ordning, og denne klageordningen ble derfor videreført.

Etter mitt syn tilsier ikke erfaringene at kontrollkomisjonen vil kunne utøve en raskere – eller bedre faglig fundert – etterprøving enn fylkesmannen, og jeg er enig i departementets vurderinger på dette punktet. Uansett vil de legislative begrunnelse som er gitt for klageordningen der pasienten blir hørt og der en helt uavhengig instans behandler klagen, være tilstrekkelig til å anse rekommandasjonens krav som oppfylt.

### **3.4 Europarådets rekommandasjon (99) 4 om prinsipper vedrørende den rettslige beskyttelse av voksne personer med nedsatt rettslig handleevne**

Europarådets rekommandasjon er en anbefaling fra Europarådets Ministerkomite fra 23. februar 1999. Dokumentet er forberedt av en gruppe spesialister på ”incapable” voksne. I tillegg til selve rekommandasjonen, foreligger det også et ”Explanatory Memorandum” fra ministerkomiteen med merknader til de enkelte artiklene.

Ministerkomiteen la stor vekt på viktigheten av å ivareta beskyttelsestrengende personers menneskerettigheter og verdighet. Videre ble det lagt vekt på at Europarådet søker å oppnå større enhet mellom medlemsstatene, spesielt ved å arbeide for felles rettsregler. Den demografiske og medisinske utvikling gjør at det stadig blir flere voksne som trenger rettslig beskyttelse, og sosiale endringer bidrar også til økt behov for slik beskyttelseslovgivning. Flere av Europarådets medlemsstater arbeider med ny lovgivning på dette området, men det er fortsatt stor rettsulikheter mellom landene. Rekommandasjonen inneholder prinsipper medlemslandene bør legge til grunn ved utarbeidelse av ny lovgivning.

Denne rekommandasjonen er nøye vurdert av Lødrup-utvalget i NOU 2004: 16 *Vergemål*. I utvalgets vurdering av hvilke endringer som bør skje i norsk vergemålslovgivning, har det gått langt inn i å dokumentere hvordan de ulike prinsippene eventuelt vil bli innarbeidet i det samlede lovforslaget, se NOU 2004: 16 punkt 4.4.

Denne rekommandasjonen står også sterkt som soft law i *Shtukatur*ov. Eksempelvis kan vises til premiss 59 som utelukkende er en henvisning til disse prinsippene under den overskriften ”III. RELEVANT INTERNATIONAL DOCUMENTS”:

On 23 February 1999 the Committee of Ministers of the Council of Europe adopted “Principles concerning the legal protection of incapable adults”, Recommendation No. R (99) 4. The relevant provisions of these Principles read as follows:

Principle 2 – Flexibility in legal response

“1. The measures of protection and other legal arrangements available for the protection of the personal and economic interests of incapable adults should be sufficient, in scope or flexibility, to enable suitable legal response to be made to different degrees of incapacity and various situations.

...

4. The range of measures of protection should include, in appropriate cases, those which do not restrict the legal capacity of the person concerned.”

Principle 3 – Maximum reservation of capacity

“1. The legislative framework should, so far as possible, recognise that different degrees of incapacity may exist and that incapacity may vary from time to time. Accordingly, a measure of protection should not result automatically in a complete removal of legal capacity. However, a restriction of legal capacity should be possible where it is shown to be necessary for the protection

of the person concerned.

2. In particular, a measure of protection should not automatically deprive the person concerned of the right to vote, or to make a will, or to consent or refuse consent to any intervention in the health field, or to make other decisions of a personal character at any time when his or her capacity permits him or her to do so. ...”

Principle 6 – Proportionality

“1. Where a measure of protection is necessary it should be proportional to the degree of capacity of the person concerned and tailored to the individual circumstances and needs of the person concerned.

2. The measure of protection should interfere with the legal capacity, rights and freedoms of the person concerned to the minimum extent which is consistent with achieving the purpose of the intervention. ...”

Principle 13 – Right to be heard in person

“The person concerned should have the right to be heard in person in any proceedings which could affect his or her legal capacity.”

Principle 14 – Duration review and appeal

“1. Measures of protection should, whenever possible and appropriate, be of limited duration.

Consideration should be given to the institution of periodical reviews. ...

3. There should be adequate rights of appeal.”

Ikke overraskende fant domstolen brudd på alle disse prinsippene i *Shtukatur*ov. Dette førte, som nevnt, til at EMD fant at det forelå et samtidig brudd på EMK art. 5, 6 og 8.

Denne dommen er et godt eksempel på hvordan soft law instrumenter kan virke direkte inn på vurderingene til EMD i spørsmål om konvensjonsbrudd. Dette vil nok særlig gjelde når slike rekommandasjoner med retningslinjer er gitt av Europarådet. Også i Bartlett m.fl. (2007) er det mange henvisninger til denne rekommandasjonens betydning for psykiatrifeltet, og da særlig i spørsmål om representasjonsregler for pasienter som oppfattes å mangle kompetanse, men også i den generelle ivaretagelsen av pasienters integritet og autonomi.

Det vil også bli en viktig lovgiveroppgave å se denne rekommandasjonens anbefalinger opp mot den vedtatte FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (punkt 4.2) når vergemålsloven nå skal endres. Det er foreløpig lagt til grunn at vår nåværende



vergemålslov ikke imøtekommer denne konvensjonens krav om at den funksjonshemmete skal ha rettslig kompetanse og derfor står i veien for ratifisering av konvensjonen.

### **3.5 FNs prinsipper for beskyttelse av sinnslidende pasienter**

FNs generalforsamling vedtok i 1991 Res. 46/119, *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*. Prinsippene omtales ofte som UN Mental Illness Principles, eller MI principles, se nærmere om disse i Rosenthal og Rubinstein (1993). Prinsippene er i stor grad sammenfallende med de tilsvarende anbefalinger gitt gjennom Europarådets etterfølgende rekommandasjon fra 2004, se punkt 3.3.

I prinsippene slås blant annet fast at alle sinnslidende skal behandles humant og med respekt for sin menneskelige verdighet, og få behandling og omsorg i det fellesskap der de lever. Diagnostisering av sinnslidelse skal bare skje i henhold til internasjonalt aksepterte medisinske standarder, og ikke på grunnlag av politisk, økonomisk og sosial status eller kulturell eller rasemessig tilknytning, eller på annet kriterium som ikke er relevant med tanke på sinnstilstanden.

Behandlingen av hver pasient skal i utgangspunktet bygge på pasientens informerte samtykke og ta sikte på å sikre og forbedre pasientens personlige autonomi. Behandling uten eget samtykke kan iverksettes dersom det på medisinsk grunnlag anses uoppholdelig nødvendig for å forhindre umiddelbar eller latent fare for pasienten eller for andre personer. Tvangsinnleggelse kan skje på tilsvarende grunnlag, eller når sinnslidelsen kan føre til alvorlig forverring av tilstanden eller forhindre slik adekvat behandling som bare kan gis i institusjon. Den nordiske psykiatrilovgivningen anses å være i overensstemmelse med disse grunnleggende prinsippene. Som øvrige soft law instrumenter går disse prinsippene langt i å oppstille et positivrettslig integritetsvern for psykiatriske pasienter og på en mer utvetydig måte enn de generelle konvensjonene, men prinsippene oppstiller ikke sperrer mot den tvangsbruken som framstår som nødvendig, forholdsmessig og klart faglig begrunnet.

### **3.6 WHO's hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern**

Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 1996 ti hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern. Hvert prinsipp er detaljert utformet i underpunkter, og de bygger på FN-prinsippene omtalt ovenfor, og de samsvarer i stor utstrekning med disse. Det legges særlig vekt på pasientens verdighet og selvbestemmelsesrett, og at det bør være tilbud om behandling i pasientens lokalsamfunn. Prinsippene har et snevrere virkeområde (psykisk helsevern) enn WHO's regionale deklarasjon om generelt virkende pasientrettigheter i Europa fra 1994. Den deklarasjonen vektlegger særlig respekten for pasienters integritet og verdighet og slår fast at all pasientbehandling i utgangspunktet skal basere seg på pasientens selvbestemmelsesrett og informerte samtykke.

### **3.7 Oppsummeringsmessig om betydningen av soft law (rekommandasjonene og prinsipper) på psykiatrifeltet**

Soft law instrumenter vedrørende pasienter med psykisk sykdom eller nedsatt rettslig handleevne er ikke bindende, verken folkerettslig eller innad i norsk rett. Likevel er det i norsk lovgivning lagt vekt på slike instrumenter, og det er lagt vesentlig vekt på enkelte instrumenter i lovgivningssammenheng.

Bernt-utvalget forholdt seg i NOU 1988: 8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke* til flere folkerettslige instrumenter som også ble vedlagt utredningen i engelsk originaltekst og norsk oversettelse. Videre ble det i Ot.prp. nr. 11 (1998-99) kap. 4, ved siden av konvensjonene, gjort rede for både Europarådets rekommandasjon nr (83)2 1983 og forarbeidene til den etterfølgende Europarådets rekommandasjon nr. 10 (2004) om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, samt FNs og WHO's prinsipper om behandling av pasienter. Det ble lagt vekt på at den nye loven skulle være i samsvar med anbefalingene i de nevnte dokumentene.

I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 3 var det særlig anbefalingene og retningslinjene i Rec. nr. 10 (2004) som ble vurdert nærmere. I forhold til temaet for denne utredningen er det særlig spørsmål om det kan utledes noe om sidevilkår som kan tilsi at det må foretas lovendringer for å oppfylle rekommandasjonens retningslinjer. I Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) punkt 3.2.4 framgår at det etter departementets vurdering ikke er grunn til å endre

behandlingskriteriet i dagens lovgivning. Det ligger, etter departementets oppfatning, fortsatt et behandlingskriterium i rekommendasjonen selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium, Article 17 – *Criteria for involuntary placement*. Departementets konklusjon er at rekommendasjonen ikke er til hinder for å videreføre de materielle kriteriene i gjeldende rett.

Dette tror jeg er riktig, og det kan her vises til andre europeiske nasjoners lovgivning på dette rettsfeltet. Et annet forhold er at Norge står fritt til å oppheve det ene eller annet av dagens tilleggsvilkår.

Men det tidligere «overlast-kriteriet» ble uttatt fra 1999-loven, i forhold til 1961-loven, fordi dette ikke falt innenfor rammene av Oviedo-konvensjonen, se punkt 2.4. Dette ville heller ikke falt innenfor Rec. nr. 10 (2004). Kriteriene for tvangsbehandling etter phvl. § 4-4 synes også å være i tråd med rekommandasjonens krav, se Article 19 – *Principles concerning involuntary treatment*.

#### **4. Kort om FNs instrumenter for å styrke funksjonshemmedes rettigheter – fra soft law til bindende konvensjon**

##### **4.1 Innledning**

FNs generalforsamling vedtok i 1970-årene to erklæringer om funksjonshemmedes rettigheter. Erklæringen av 20. desember 1971 gjelder personer med utviklingshemming, mens erklæringen av 9. desember 1975 gjelder alle funksjonshemmede. Hovedprinsippet i erklæringene er at funksjonshemmede skal ha de samme rettigheter som andre borgere samt beskyttes mot diskriminering. Funksjonshemmede skal videre ha rett til medisinsk behandling og nødvendig omsorg. Framfor alt innføres et prinsipp om at det bør skje en «normalisering» av funksjonshemmedes levekår. Dersom det er nødvendig med institusjonalisering, må livsbetingelsene «be as close as possible to the normal life of a person of his or her age».

Disse prinsippene ble fulgt opp ved vedtaket av FNs *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (standardreglene) i 1993, se nærmere NOU 2005: 8 *Likeverd og tilgjengelighet*. FNs standardregler for like vilkår for mennesker med

funksjonshemming har som sin primære funksjon å være politiske og moralske argumenter ved utviklingen av den nasjonale politikken overfor mennesker med nedsatt funksjonsevne. Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal sikres de samme rettigheter og plikter som andre borgere. I fortalen understrekes at de rettighetene som anerkjennes i FNs menneskerettskonvensjoner, bør sikres «likt for alle mennesker uten diskriminering». Dette viser at menneskerettsperspektivet etter hvert er blitt et mer styrende utgangspunkt for slike instrumenter enn barmhjertighetsperspektivet, som tidligere var toneangivende i forhold til «særlig utsatte grupper».

I 2001 initierte FN arbeidet med en bindende og helhetlig konvensjon for å fremme rettigheter og verdighet til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette arbeidet gikk overraskende hurtig, og en konvensjon ble enstemmig vedtatt av FNs generalforsamling i desember 2006 og trådte i kraft 3 mai 2008. Offisiell tittel er *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, vanlig forkortelse er CRPD.

Konvensjonen er per 20. desember 2008 ratifisert av 44 stater, og tilleggsprotokollen om individuell klagerett er ratifisert av 26 stater. Det ligger full oversikt over ratifikasjoner mv. på nettsiden <http://www.un.org/disabilities/countries.asp?id=166>. Av europeiske land var Spania og Østerrike tidlig ute. Sverige ratifiserte konvensjonen 15. desember som første nordiske land. Danmark og Norge arbeider med å gjennomgå nasjonal lovgivning for å vurdere eventuelle lovendringer før ratifisering. Når det gjelder de positivrettslige forpliktelsene i forhold til personer med nedsatt funksjonsevne, samt det tilhørende diskrimineringsvernet, er det oppfattet at den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (lov nr. 42/2008) tilfredsstiller kravene.

For Norges del er det for det første reist spørsmål om den norske vergemålslovgivningen er forenlig med konvensjonsforpliktelsene. Dette er pekt på i punkt 3.4 om Europarådets rekommandasjon (99) 4, og gjelder for øvrig også i forhold til den rekommandasjonen, og skal ikke behandles videre her.

Det andre spørsmålet gjelder om reguleringen i psykisk helsevernloven vil komme i strid med konvensjonen. Dette skal behandles i neste punkt.

#### **4.2 Reguleres behandlingen av psykiatriske pasienter av konvensjonen?**

Konvensjonen omhandler situasjonen til ulike personer med nedsatt funksjonsevne, og det er klart at også personer med psykiske lidelser omfattes av definisjonen, dersom den har en *alvorlig* og *varig* karakter. Etter art. 1 andre avsnitt er definisjonen slik:

Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.

FNs spesialrapportør på tortur (Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment) oversendte sin 10. rapport via generalsekretæren til FN's generalforsamling i juli 2008. I oversendelsens sammendrag framheves blant annet følgende:

The recent entry into force of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol provides a timely opportunity to review the anti-torture framework in relation to persons with disabilities. By reframing violence and abuse perpetrated against persons with disabilities as torture or a form of ill-treatment, victims and advocates can be afforded stronger legal protection and redress for violations of human rights.

Rapportøren finner tydeligvis at konvensjonen er svært relevant for å kunne beskytte blant annet psykiatriske pasienter mot en behandling som framstår som tortur eller som grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, for å bruke den norske offisielle oversettelsen av uttrykket i SP art. 7.

I hovedavsnitt III i rapporten, med overskriften *Protecting persons with disabilities from torture*, uttales blant annet følgende i punkt 40 og 41:

40. Persons with disabilities are exposed to medical experimentation and intrusive and irreversible medical treatments without their consent (e.g. sterilization, abortion and interventions aiming to

correct or alleviate a disability, such as electroshock treatment and mind-altering drugs including neuroleptics).

41. The Special Rapporteur is concerned that in many cases such practices, when perpetrated against persons with disabilities, remain invisible or are being justified, and are not recognized as torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. The recent entry into force of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol provides a timely opportunity to review the anti-torture framework in relation to persons with disabilities.

Og rapportøren går lenger, og helt klart inn på området for tvangspsykiatri. Blant annet understrekes at funksjonshemmede har et klart krav på respekt for selvbestemmelsen, rettslig handleevne og at medisinsk behandling må baseres på samtykke, og at konvensjonen ikke aksepterer ”involuntary treatment and involuntary confinement”. Dette kommer til uttrykk i avsnitt 44 på denne måten, hvor det riktignok vises til prinsipper som åpner for den type tvangslovgivning vi har her i landet:

44. The Special Rapporteur notes that in relation to persons with disabilities, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities complements other human rights instruments on the prohibition of torture and ill-treatment by providing further authoritative guidance. For instance, article 3 of the Convention proclaims the principle of respect for the individual autonomy of persons with disabilities and the freedom to make their own choices. Further, article 12 recognizes their equal right to enjoy legal capacity in all areas of life, such as deciding where to live and whether to accept medical treatment. In addition, article 25 recognizes that medical care of persons with disabilities must be based on their free and informed consent. Thus, in the case of earlier non-binding standards, such as the 1991 Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (resolution 46/119, annex), known as the MI Principles, the Special Rapporteur notes that the acceptance of involuntary treatment and involuntary confinement runs counter to the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Når det gjelder denne utredningens tema, tilleggsvilkår og tvangsmedisinering, finnes følgende klare uttalelser fra spesialrapportøren:

63. Inside institutions, as well as in the context of forced outpatient treatment, psychiatric medication, including neuroleptics and other mind-altering drugs, may be administered to persons

with mental disabilities without their free and informed consent or against their will, under coercion, or as a form of punishment. The administration in detention and psychiatric institutions of drugs, including neuroleptics that cause trembling, shivering and contractions and make the subject apathetic and dull his or her intelligence, has been recognized as a form of torture. In *Viana Acosta v. Uruguay*, the Human Rights Committee concluded that the treatment of the complainant, which included psychiatric experiments and forced injection of tranquilizers against his will, constituted inhuman treatment. The Special Rapporteur notes that forced and non-consensual administration of psychiatric drugs, and in particular of neuroleptics, for the treatment of a mental condition needs to be closely scrutinized. Depending on the circumstances of the case, the suffering inflicted and the effects upon the individual's health may constitute a form of torture or ill-treatment.

64. Many States, with or without a legal basis, allow for the detention of persons with mental disabilities in institutions without their free and informed consent, on the basis of the existence of a diagnosed mental disability often together with additional criteria such as being a “danger to oneself and others” or in “need of treatment”. The Special Rapporteur recalls that article 14 of CRPD prohibits unlawful or arbitrary deprivation of liberty and the existence of a disability as a justification for deprivation of liberty.

65. In certain cases, arbitrary or unlawful deprivation of liberty based on the existence of a disability might also inflict severe pain or suffering on the individual, thus falling under the scope of the Convention against Torture. When assessing the pain inflicted by deprivation of liberty, the length of institutionalization, the conditions of detention and the treatment inflicted must be taken into account.

Rapportøren finner også grunn til å påpeke at statene bør følge opp de kravene som stilles i konvensjonen, både ved å ratifisere denne, og ved å følge opp dette med endringer i internrettslig lovgivning:

71. The Special Rapporteur calls upon States to ratify the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and ensure its full implementation, with particular attention to the non-discrimination provision, article 2.

...

73. In keeping with the Convention, States must adopt legislation that recognizes the legal capacity of persons with disabilities and must ensure that, where required, they are provided with the support needed to make informed decisions.

...

76. The Special Rapporteur calls on relevant United Nations and regional human rights mechanisms, including those addressing individual complaints and conducting monitoring of places of detention, to take full account of the new standards contained in the Convention and integrate them in their work.

FNs høykommissær for Human Rights omtaler også tilbakehold av pasienter som et mulig menneskerettsbrudd. Han har blant annet uttalt (Dignity and Justice for Detainees week, Oct. 6-12 2008):

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) states clearly that deprivation of liberty based on the existence of a disability is contrary to international human rights law, is intrinsically discriminatory, and is therefore unlawful. Such unlawfulness also extends to situations where additional grounds – such as the need for care, treatment and the safety of the person or the community – are used to justify deprivation of liberty.

Under international human rights law, persons with disabilities are entitled to enjoy their rights to liberty and security on an equal basis with others, and can be lawfully deprived of their liberty only for the reasons, and in accordance with the procedures, that are applicable to other persons in the same jurisdiction.

Det kan altså trygt fastslås at det har oppstått spørsmål om konvensjonen stiller krav til statenes psykiatrilovgivning som går lenger enn tidligere konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter. Men det er fullt mulig at uttalelsen trekkes for langt idet den er begrenset til «deprivation of liberty based on the existence of a disability», altså at det er selve funksjonsnedsettelsen som fører til tvangsinnleggelse. Selv de neste setningene synes å kunne tolkes at da hjelper det ikke med supplerende grunner når disse bare brukes til å begrunne («used to justify») frihetsberøvelsen.

De siterte avsnittene i rapporten har ført til at Menneskerettighetsutvalget i Landsforeningen for pårørende innen Psykiatri (LPP) ved Hege Orefellen, Karen Louise Pedersen og Bjørg Njaa sendt inn konkrete saker om blant annet tvangsmedisinering til FNs spesialrapportør for tortur, se innlegg i Dagbladet 07. desember 2008 ved de tre nevnte fra LPP.



Konvensjonen monitoreres ikke av spesialrapportøren, men av en egen komité som nylig er valgt blant de ratifiserende statene. Komiteen består, som enkelte andre komiteer i FN-systemet, av 12 eksperter, og foreløpig har denne verken avgitt generelle uttalelser eller mottatt de landrapportene som etter hvert skal innsendes fra ratifiserende stater. I tillegg skal komiteen behandle individuelle klagesaker fra personer bosatt i land som har ratifisert den nevnte tilleggsprotokollen.

Det er altså ikke slik at utsagnene til spesialrapportøren er en bindende forståelse av konvensjonens bestemmelser, men de er et klart tegn på at man kan stå overfor et paradigmeskifte vedrørende muligheten for å ha regler om tvangspsykiatri av den typen vi har. Det gir derfor grunnlag for en nærmere vurdering av hvilke forpliktelser vi påtar oss ved å ratifisere konvensjonen, og en samtidig vurdering av hva slags tvangslovgivning som vi bør ha på dette området. Dette er i tråd med Stortingets ønske ved behandlingen av Innst.O. nr. 66 (2005-2006) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. der det blant annet uttales i punkt 2.5.3 Behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungen psykisk helsevern:*

I forhold til § 3-3 punkt 3. a) viser komiteen til innspill i høringen fra Mental Helse Norge om at behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungen psykisk helsevern må bort. Komiteen mener dette er et svært viktig innspill fra pasienthold, og mener departementet i større grad bør gå inn i problemstillingene knyttet til eventuelt å oppheve behandlingskriteriet i forbindelse med vedtak om tvang. Det vises til at Psykologforeningen i sin høringsuttalelse mener det bør utarbeides en NOU blant annet med tanke på vurdering av om behandlingskriteriet kan fjernes.

Komiteen er opptatt av at brukervedvirkning i større grad må ivaretas i psykiatrien. Komiteen viser til Mental Helses innspill til komiteen og anser det som viktig å lytte til deres erfaringer når det gjelder tvangsbruk og brukervedvirkning. Komiteen ønsker en grundigere vurdering av behovet for behandlingskriteriet i loven, blant annet sett i lys av de ulike erfaringene som er gjort med bruk av tvang, variasjonene som allerede eksisterer i Norge, samt erfaringer fra sammenliknbare land.

Arbeidsgruppen nedsatt av Helsedirektoratet er et av svarene på dette ønsket fra Stortingets side.

### **4.3 Noen enkle betraktninger om konvensjonens betydning**

Dersom denne konvensjonen ratifiseres av Norge, vil den bli et bindende menneskerettighetsinstrument som (også) kan påberopes av personer med psykiske lidelser. Det må være klart at personer med alvorlige psykiske lidelser av noen varighet vil være beskyttet av konvensjonen og kan utlede rettigheter av denne. Det går fram av definisjonen sitert ovenfor.

Bare i begrenset utstrekning ble de særlige tvangsspørsmålene overfor psykiatriske pasienter berørt i de ferdigforhandlede utkastene til konvensjonstekst. Men det var tydelig at enkelte aktivister på dette feltet, for fullt mente at det kunne være lettere å «vinne kampen mot tvangspsykiatrien» gjennom et FN-instrument enn ved kamp mot egen lovgiver på hjemmebane, se for eksempel Jones 2005. Jeg vet at den norske delegasjonen var oppmerksom på disse forholdene, ved blant annet selv å ha skrevet notater etter et opphold som rådgiver i delegasjonen mens forhandlingene pågikk.

Blant de landene som allerede har ratifisert konvensjonen, må det være ulike oppfatninger om hvilken betydning konvensjonen skal ha for organisering og lovgivning om tvangsvern ved alvorlige psykiske tilstander. Selv om det i konvensjonsteksten framgår at en funksjonshemming alene, for eksempel psykisk lidelse, per se ikke skal kunne gi grunnlag for tvangsmessig frihetsberøvelse, fratagelse av omsorg for barn eller andre inngrep i de grunnleggende sivile og politiske rettigheter, er det ikke sikkert at slike tiltak per se er forbudt når tilsvarende inngrep er begrunnet i annet enn funksjonshemmingen.

Det kan her nevnes at konvensjonen skal monitoreres av et valgt panel av eksperter fra følgende land: Bangladesh, Qatar, Ungarn, Spania, Slovenia, Kina, Jordan, Australia, Chile, Ecuador, Tunis og Kenya. Det er tvilsomt om et flertall av disse landene selv har en tvangspsykiatri som er regulert i tråd med konvensjonsteksten ut fra den mest begrensede forståelse av denne, slik det framkommer i uttalelsene til FNs spesialrapportør om tortur.

Det er fullt mulig å hevde at det er tilleggskriteriene som reelt sett begrunner innleggelsen, og ikke bare rettferdiggjør denne. Det er utvilsomt *ikke* tilstedeværelsen av det såkalte hovedvilkåret, «alvorlig sinnslidelse», som åpner for mulighet til lovlig frihetsberøvelse etter norsk rett. Det er ikke slik at personer med en «alvorlig sinnslidelse» bare på dette grunnlaget i seg selv skal kunne tvangsinnlegges. Dette er tydeliggjort i forarbeidene, i juridisk litteratur og rettspraksis. Ikke minst kommer dette tydelig til uttrykk i Rt. 2001 s. 1481, der førstvoterende kommenterer at det etter sikker rettspraksis legges til grunn en vid forståelse av begrepet «alvorlig sinnslidelse». Hun fortsetter så slik:

Jeg kan heller ikke se at en slik forståelse av uttrykket «alvorlig sinnslidelse» er rettssikkerhetsmessig betenkelig. Spørsmålet om tvungen psykisk helsevern avgjøres ikke alene på grunnlag av grunnvilkårets tilstedeværelse. I tillegg må minst ett av lovens tilleggsvilkår være oppfylt. Det følger av lovteksten at det må være en sammenheng mellom den alvorlige sinnslidelsen og det tilleggsvilkåret som får anvendelse. Dessuten må frivillig behandling ha vært prøvd, og etter en helhetsvurdering må tvungen behandling finnes å være til pasientens beste. Min forståelse av uttrykket «alvorlig sinnslidelse» innebærer således ikke at en diagnostisert kronisk psykose i seg selv gir adgang til tvungen psykisk helsevern.

Det må være tilsvarende forståelse av konvensjonen som gjør at Sverige nå har ratifisert konvensjonen uten å ha vurdert endring av psykisk helsevernloven, eller at det skulle kunne foreligge motstrid mellom tvangspsykiatrisk regulering og konvensjonens krav. Dette går tydelig fram av den svenske regjeringens proposisjon om ratifisering (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/25/54/dfe66fa4.pdf>).

Det er også slik at eventuelle rettslige bindingene etter konvensjonen skal forstås ut fra Wien-konvensjonen om traktatrett av 1969. Etter art. 31 nr. 1 skal traktater tolkes «in good faith in accordance with the ordinary meaning to be given to the terms of the treaty in their context and in the light of its object and purpose».

#### **4.4 Oppsummering**

Etter oppdraget ønsker Helsedirektoratet at den nye FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og forpliktelser som kan trekkes ut av denne, bare ”skal gis en omtale”. Dette har hatt betydning for oppdragets omgang. Jeg lar derfor det grunnleggende spørsmålet av om det kan trekkes den type forståelse ut fra konvensjonen som FNs spesialrapportør hevder, stå åpent. Rapportørens vurderinger synes å stå i motstrid med synspunktene til mange ratifiserende stater, herunder Sverige, med en alminnelig forståelse av traktatteksten, og med det pågående arbeidet i Europarådet med å sikre psykiatriske pasienters rettsstilling gjennom arbeidet med en konkret tilleggsprotokoll til Oviedo-konvensjonen.

### ***5.Oppsummerende om norsk rett og psykiatriske pasienters vern etter menneskerettighetene***

#### **5.1 Innledning**

I utgangspunktet har lovgivningen om psykisk helsevern her i landet blitt oppfattet å være i overensstemmelse med våre forpliktelser nedfelt i bindende menneskerettsinstrumenter. Dette har vært et vesentlig tema i samband med lovgivningsreformene de siste tiårene der våre forpliktelser, og da særlig etter EMK, er drøftet i detalj, se avsnitt 2. Som beskrevet er det foretatt enkelte innskjerpelser i inngrepskriteriene for administrativ frihetsberøvelse for å sikre at det ikke skal foreligge strid med ulike konvensjonsbestemmelser eller rekommandasjoner. Like fullt er det hevdet, og dels også dokumentert, at det i praksis kan skje brudd på menneskerettighetsvernet (Blesvik, Thune m.fl. 2006, Thune 2008).

#### **5.2 Menneskerettsspørsmål for Høyesterett ved utskrivningskrav fra psykiatriske pasienter**

Bestemmelser i EMK har i flere saker vedrørende forhold i psykisk helsevern vært vektlagt av Høyesterett ved tolkning av bestemmelser i den tidligere psykisk helsevernloven fra 1961, se for eksempel Rt. 1984 s. 1175 og Rt. 1988 s. 634. Det har i en utskrivningssak også vært vurdert om det forelå brudd på SP art. 9 (krav til mulighet for domstolsprøving) og art. 10 (krav til verdig behandling av alle frihetsberøvede), se Rt. 1981 s. 770.

Høyesterett har behandlet fire saker etter psykisk helsevernloven av 1999, som trådte i kraft 2001. I to av disse ble det påstått brudd på bestemmelser i EMK ved henholdsvis etableringen av og prøvingsretten over tvangsvernet. Retten kom i begge saker til at så var tilfellet, men uten at pasienten ble gitt medhold i sitt krav om utskrivning. For en nærmere gjennomgang av norsk rettspraksis og utdyping av de anførte bruddene på menneskerettighetene, se Syse 2004 s. 111 flg.

Én av sakene (Rt. 2002 s. 1646) gjaldt følgene av saksbehandlingsfeil ved brudd på det førnevnte (nå opphevete) konverteringsforbudet i psykisk helsevernloven § 2-3, og som derved også innebar et brudd på EMK art. 5 (1) om at lovlig framgangsmåte skal følges. Dette var noe av bakgrunnen for lovendringen på dette feltet, ved at det ble åpnet en viss adgang til å konvertere pasienter fra frivillig til tvungent vern.

I Rt. 2004 s. 583 påsto pasienten at det under prosessen hadde skjedd brudd mot EMK art. 5 (4). Prosessen – og derved prøvingen – ble forsinket slik at vilkåret om at vedkommende er «entitled to take proceedings by which the lawfulness of his detention shall be decided *speedily* by a court» (min uthevelse) ikke var oppfylt. Retten la til grunn at det forelå en rekke ulike årsaker til langsom prosessframgang; noen skyldtes forhold på pasientens side, noen på domstolenes side, og konklusjonen var konvensjonsstrid.

Dommen avsluttes med et særvotum fra dommer Lund som vil åpne for å få prøvd påstander om konvensjonsbrudd i saker etter særprosessen i (den daværende) tvistemålsloven kapittel 33 og da uten at slike er knyttet til spørsmålet om fortsatt tvangsvern. Han nedtoner prosessøkonomiske hensyn som tilsier at sidekrav ikke bør kunne pådømmes når de ikke vil kunne ha betydning for resultatet (utskrivning eller ikke). Han framhever at pasienten bør kunne få vurdert og avgjort anførte brudd på menneskerettighetene, selv om dette ikke trenger å komme til uttrykk i en domsslutning:

Det må være tilstrekkelig at det utvetydig slås fast i premissene. Mitt syn innebærer at den krenkede må ha krav på at spørsmålet behandles så lenge anførselen ikke er klart uholdbar.

Dommer Lund ble stående alene med dette synet, og flertallet avviste at retten nødvendigvis skal behandle anførsler om konvensjonsstrid i den særlige prosessformen i tvistemålsloven kapittel 33, nå flyttet til tvisteloven kapittel 36. Etter mitt syn framstår dommens resultat som forståelig, men jeg vil samtidig understreke at påstander om klare menneskerettsbrudd, for eksempel brudd mot torturforbudet i EMK art. 3 og retten til privatliv etter EMK art. 8, ikke bør henvises til særskilt søksmål, men bør avklares og vektlegges tilbørlig under spørsmålet om tvungent psykisk helsevern bør opprettholdes eller ikke.

Etter mitt syn vurderer verken flertallet eller dommer Lund hvilket menneskerettslig vern som er av særlig betydning i samband med etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Det er stor forskjell på om det foreligger en viss forsinkelse i selve prøvingsprosessen, og således mulighet for brudd med EMK art. 5 (4), eventuelt art. 6 nr. 1, eller om vedkommende er blitt grovt og/eller unødige krenket i forhold til kravet om respekt for fysisk og psykisk integritet. Her er det lovfestet en egen beskyttelsesregel i psykisk helsevernloven § 4-2, men det foreligger ingen selvstendig klagerett til kontrollkommisjonen dersom en pasient mener at denne sentrale bestemmelsen er overtrådt selv om bestemmelsens formål nettopp er å sikre mot menneskerettsbrudd.

Klagerett er bare gitt over vedtak og ikke for faktiske handlinger. For å sikre pasienter rett til påklage bruken av tvangsmidler, er det å møte nødrettsliknende situasjoner med enkeltstående tiltak (handling) gjort til vedtak, dvs. det skal fattes et vedtak *etter* at de faktiske handlingene har funnet sted, se psykisk helsevernloven § 4-8. Det er ikke lett å konstruere tilsvarende vedrørende plikten til å respektere pasienters integritet. Men både pasienter og deres pårørende og representanter kan ta opp krenkelser av pasienters integritet og restriksjoner som hemmer deres livsutfoldelse, med pasientombudet, tilsynsmyndighetene og kontrollkommisjonene, og som vil ha plikt til å vurdere det nærmere innholdet i en slik anmodning, se for eksempel pasientrettighetsloven § 7-4. Og det er mulig å gå til domstolene etter de alminnelige søksmålsreglene, noe som den nevnte dommen fra Oslo tingrett viser, se avslutningsvis i punkt 2.2.6.

### 5.3 Oppsummerende vurderinger

Det har de siste årene, i motsetning til tidligere, vært lagt større vekt på å tallfeste – og vurdere – den faktiske forekomsten av tvang. Dette er et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere den tvangen som framstår som unødvendig. Psykiatriske institusjoner verden over har i stor utstrekning vært basert på en høygradig tvangsbruk. Dette er avspeilet ikke minst gjennom viktige skjønnlitterære bidrag. Berettigelse av intensiv tvangsbruk synes først de siste tiårene å ha blitt dratt i tvil. Ulike tiltak for å redusere tvangsbruk har i større grad blitt begrunnet ut fra humanitære hensyn – unødig og derved uønsket og uberettiget tvang bør begrenses til det minimale – enn ut fra en oppfatning om at slik tvang kan komme i strid med våre menneskerettslige forpliktelser. For eksempel ble ikke ordet «menneskerettigheter», eller synonymer for dette, benyttet i rapporten fra Helsetilsynet (2006) om bruk av tvang i psykiatrien.

Rapporten viser at tvangsbruken i Norge fortsatt er høy, at tvangsbruken er skjevfordelt mellom regioner og institusjoner, og at dette ikke synes å la seg forklare ut fra pasientgrunnlaget. Tvang brukes mest overfor allerede marginaliserte personer. Slik kunnskap er nyttig for å sette inn målrettede tiltak for å fjerne uønsket og unødig bruk av tvang.

Endelig skal nevnes at når det innen psykisk helsevern er en tradisjon for bruk av tvang, samtidig som slik tvangsbruk etter hvert synes å framstå som mer illegitim, vil dette kunne føre til utvikling av motstrategier fra systemets side. Det som i realiteten – ut fra en analytisk og normativ tilnærming – er tvangstiltak, vil kunne framstå som frivillige inngrep og tiltak som pasienten avfinder seg med (Sjöström 1997, 2006).

Det nedlegges et stort – og nødvendig – arbeid for å redusere tvangsbruk overfor psykiatriske pasienter. Dette skjer både gjennom vedtak av internasjonale instrumenter og gjennom målrettede tiltak i det enkelte land. Det synes imidlertid ikke å være noen sammenheng mellom disse tiltakene. Det folkerettslige arbeidet lever sitt liv, og synes verken å være årsak til – eller å bli benyttet i – de målrettede tiltakene for redusert tvang som igangsettes i det enkelte land. Konkrete og store overgrep som i enkelte tilfeller

ganske sikkert skjer i psykiatriske institusjoner i mange europeiske land, vil lett kunne passere som menneskerettslig legitime dersom staten kan begrunne dem som nødvendige ut fra en psykiatrifaglig begrunnelse. Dette synes å være rettssituasjonen etter Herczegfalvy-dommen fra EMD i 1992.

Den økte oppmerksomheten som er blitt rettet mot menneskerettslige aspekter ved tvangspsykiatri, har foreløpig ikke bidratt til å gi pasienter på dette feltet et særlig godt vern. EMD har knapt konstatert brudd mot EMK art. 3 i pasientbehandling, og har gitt den enkelte stat en vid skjønnsmargin ved konkret prøving av anførte brudd mot EMK art. 8. Også ved anførte brudd mot art. 5 synes EMD å legge vesentlig vekt på hva som synes psykiatrifaglig velbegrunnet i den enkelte stat. Det kreves imidlertid at det kan framlegges dokumentasjon for at det foreligger slike begrunnelser, for at frihetsberøvelsen lovlig skal kunne opprettholdes, se *Gajcsi mot Ungarn*. Det prosessuelle legalitetskravet tas alvorlig. En fullstendig umyndiggjøring av pasienter fører likeledes til konvensjonsbrudd, se *Shtukurov mot Russland*. Men den store mengden soft law instrumenter som skal sikre psykiatriske pasienters integritet og autonomi, er bare i begrenset grad brukt ved konvensjonshåndhevingen for å bidra til et effektivt menneskerettsvern. Det psykiatrifaglige skjønnnet blir bare i begrenset grad utsatt for etterprøving.

Konvensjonstekstene oppstiller ikke krav som fører til at den norske reguleringsmåten – på de områder som skulle utredes – er konvensjonsstridig. Verken behandlings- eller farevilkåret bryter mot konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter, og det er også åpnet for at pasienter kan tvangsbehandles om det bare i loven er oppstilt avgrensede vilkår med effektiv overprøvingsrett. Det kreves i det enkelte tilfelle at behandlingen framstår som nødvendig, egnet og proporsjonal.

Så gjenstår avslutningsvis det siste spørsmålet om tvangsinngrep i overfor personer med en alvorlig sinnslidelse kommer i et nytt lys, dvs. om det skal stilles nye folkerettslige og menneskerettslige krav til statene i tråd med FNs spesialrapportørs forståelse av FNs



konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter. Gode grunner taler for at det sistnevnte forholdet bør avklares i forbindelse med arbeidet med ratifisering av konvensjonen.

## **Henvisninger**

### **Dommer fra EMD**

EMD *De Wilde, Ooms og Versyp mot Belgia*, 18. juni 1971  
EMD *Winterwerp mot Nederland*, 24. oktober 1979  
EMD *Herczegfalvy mot Østerrike*, 31. august 1992  
EMD *Y.F. mot Tyrkia*, 22. juli 2003  
EMD *Henaf mot Frankrike*, 27. nov. 2003  
EMD *H.L. mot Storbritannia*, 5. oktober 2004  
EMD *Storck mot Tyskland*, 16. juni 2005  
EMD *Gajcsi mot Ungarn*, 3. oktober 2006  
EMD *Shtukaturov mot Russland*, 27. juni 2008

### **Norske dommer**

Rt. 1981 s. 770  
Rt. 1984 s. 1175  
Rt. 1988 s. 634  
Rt. 2001 s. 1481  
Rt. 2002 s. 1646  
Rt. 2004 s. 583  
Oslo tingrett, dom 29. mai 2007

### **Offentlige dokumenter**

Innst.O. nr. 66 (2005-2006) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. der det blant annet uttales i punkt 2.5.3 Behandlingskriteriet som grunnlag for vedtak om tvungent psykisk helsevern:*

NOU 1988: 8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*  
NOU 1991: 20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*  
NOU 1993: 18 *Lovgivning om menneskerettigheter.*  
NOU 2004: 16 *Vergemål.*  
NOU 2005: 1 *God forskning – bedre helse. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*  
NOU 2005: 8 *Likeverd og tilgjengelighet. Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle punkt 6.3.2.*

Ot.prp. nr. 11 (1998–99) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*  
Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.*

St.prp. nr. 53 (2005–2006) *Om samtykke til ratifikasjon av Europarådets konvensjon av 4. april 1997 om menneskerettigheter og biomedisin*

## Litteratur

Kwame Akuffo: «The involuntary detention of persons with mental disorder in England and Wales – A human rights critique» *International Journal of Law and Psychiatry* 2004 s. 109 flg.

Peter Bartlett, Oliver Lewis & Oliver Thorold: *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden/Boston 2007

Siri Blesvik, Rigmor Diseth, Tonje Lossius Husum, Ragnfrid Kogstad, Hege J. Orefellen og Gro Hillestad Thune «Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i juni 2006 (s. 1616–1618)

Hans Danelius: *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis*, Stockholm 2007

Den norske advokatforening m.fl.: *Supplementary Report to Norway's 5th Periodic Report under ICCPR*, Oslo 2005

Per Haave: *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i historisk perspektiv*, Oslo 2008

Georg Høyer: «On the justification for civil commitment» *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2000 s. 65 flg.

Georg Høyer m.fl. (Kjellin, Engberg, Kaltali-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse): Paternalism and autonomy: A Presentation of a Nordic Study on the use of Coercion in the Mental health Care System, *International Journal of Law and Psychiatry* 2002 s. 93 flg.

Georg Høyer og Odd Steffen Dalgard: *Lærebok i rettspsykiatri*, Oslo 2002

Georg Høyer: «Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions» *Journal of Mental health* 2008 s. 281 flg.

Melinda Jones: «Can International Law improve Mental health? Some thoughts on the proposed convention on the rights of people with disabilities» *International Journal of Law and Psychiatry* 2005 s. 183 flg.

Erik Møse: *Menneskerettigheter*, Oslo 2002

Lars Adam Rehof og Tyge Trier: *Menneskerett*, Oslo/København 1990

Knut Rognlien: «Tidsubestemte reaksjoner og menneskerettighetene» *Hefte for kritisk juss* 1990 s. 23 flg.

Eric Rosenthal og Leonard S. Rubinstein: «International Human Rights Advocacy under the 'Principles for the Protection of Persons with Mental Illness'» *International Journal of Law and Psychiatry* 1993 s. 257 flg.

Stefan Sjöström: *Party or Patient? Discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings*, Umeå 1997

Stefan Sjöström: «Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care» *International Journal of Law and Psychiatry* 2006 s. 36 flg.

Aslak Syse: «Samtykke som kompetansegrunnlag for samhandling med og beslutninger overfor psykisk utviklingshemmete». Trykket som vedlegg nr. 1 til NOU 1991: 20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*

Aslak Syse og Tore Nilstun: «Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri» *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997 s. 837 flg.

Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2. utg. Oslo 2004

Aslak Syse: «Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien» *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter* 2006 s. 318 flg.

Aslak Syse: *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 2. utg. Oslo 2007

Aslak Syse: «Rettigheter for barn med funksjonshemming», i Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red.): *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge*, Oslo 2008

Gro Hillestad Thune: *Overgrep. Søkelys på psykiatrien*, Oslo 2008

Margaret Wachenfeld: «The Human Rights of the Mentally Ill in Europe» *Nordic Journal of International Law* 1991 s. 115 flg.

Bjørn Henning Østenstad: *Bruk av tvang mot psykisk utviklingshemma under yting av kommunale sosial- og helsetenester*, Bergen 2000

Jørgen Aall: *Rettsstat og menneskerettigheter*, 2. utg. Bergen 2007

## **Vedlegg 3**

# **Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern.**

Georg Høyer  
Institutt for Samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

## **Innhold:**

<b>1. Innledning</b>	<b>s. 3</b>
1.1 Oppdrag og problemstilling	s. 4
1.2 Ulike typer av tvang i det psykiske helsevernet	s. 4
1.3 Plan for fremstillingen	s. 4
<b>2. Hvordan vurdere effekter av tvang?</b>	<b>s. 5</b>
2.1 Generelt om utforming av studier om behandlingseffekter	s. 5
2.2 Evidence-based medicine	s. 7
2.3 Hva er tvang og hvorledes måle tvang?	s. 8
2.4 Mål for behandlingsresultat.	s. 10
2.4.1 Symptom- og sykdomsmål	s. 12
2.4.2 Helsetjenestemål	s. 13
2.4.4 Sosiale forhold og relasjoner	s. 14
2.4.5 Forhold knyttet til adferd og livsstil.	s. 14
2.5 Forskningsetiske aspekter ved forskning om effekter av tvang i det psykiske helsevernet	s. 15
<b>3. Hva sier faglitteraturen om effekter av bruk av tvang</b>	<b>s. 16</b>
3.1 Avgrensninger	s. 16
3.2 Utvalg av artikler og annen faglitteratur	s. 17
3.3 Gjennomgang av aktuell litteratur	s. 19
3.3.1 Oversiktsartikler	s. 19
3.3.2 Effekter av tvungent psykisk helsevern. Seks utvalgte artikler	s. 25
3.3.3 Andre artikler om effekter av tvungent psykisk helsevern	s. 28
3.3.4 Kvalitative studier	s. 33
3.3.5 Effekter av tvangsbehandling	s. 34
3.3.6 Tvang uten døgnopphold	s. 36
3.3.7 Cochrane gjennomganger	s. 44
3.3.8 Artikler identifisert på grunnlag av søk utført av biblioteket i mars 2009	s. 47
3.3.9 Effekter av tvungent psykisk helsevern for ulike outcome-mål	s. 50
<b>4. Vurdering av kunnskap om effekter ved bruk av tvang på behandlingsresultatet</b>	<b>s. 53</b>
<b>5. Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>s. 58</b>
<b>6. Referanser og vedlegg</b>	<b>s. 60</b>

## **1. Innledning**

### **1.1 Oppdrag og problemstilling**

Dette notatet er utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet i forbindelse med en pågående utredning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Formålet er å gi en oversikt over hvordan bruk av tvang påvirker behandlingsresultatene, basert på hva som er dokumentert i forskningslitteraturen. Oppdraget ble gitt av Helsedirektoratet 3. mars 2009 med avtale om ferdigstilling innen 30. mars 2009.

Helsedirektoratets pågående utredning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet skal i henhold til mandatet særlig vurdere behandlingstilskåret i psykisk helsevernloven som grunnlag for tvungent psykisk helsevern. I tillegg skal arbeidsgruppen vurdere behovet for eventuelle endringer i "Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang" (1). I tråd med dette er hovedvekten i dette notatet lagt på effekter av tvang begrunnet i behandlingsbehov.

Kunnskap om hvilke resultater som kan oppnås ved behandling av psykiske lidelser er grunnleggende for å kunne gi et godt behandlingstilbud. Spørsmålet er vanskelig å besvare av mange grunner. Et vesentlig problemområde er hvilke kriterier som legges til grunn når man bedømmer behandlingsresultatene. Et annet spørsmål er hvordan effektene av behandlingen forholder seg til ulike alternativ. Tidsperspektivet er likeledes viktig. Et behandlingsresultat kan være ulikt på kort og lang sikt.

Utgangspunktet for psykiatrisk behandling – som for all behandling i helsevesenet – er at behandlingen skal være frivillig. I alt vesentlig skiller ikke den psykiatriske forskningslitteraturen mellom behandling som formelt er gitt frivillig eller behandling under tvang, når behandlingsresultater beskrives. De fleste studier om effekt av psykiatrisk behandling bygger på frivillige behandlingsforløp. Det er derfor begrenset hva vi spesifikt vet om hvorledes tvang påvirker behandlingsresultatet. Fremstillingen i dette notatet er i henhold til oppdraget likevel avgrenset til nettopp dette tema: Hva vet vi om effektene av

tvang ved gjennomføring av psykiatrisk behandling? Eller sagt på en annen måte: Endrer bruk av tvang behandlingsresultatene sammenlignet med resultatene fra frivillig behandling?

## **1.2 Ulike typer av tvang i det psykiske helsevernet**

I henhold til psykisk helsevernloven kan personer med alvorlige sinnslidelser underkastes *tvungent psykisk helsevern (frihetsberøvelse)* på nærmere bestemte vilkår (jf § 3-3 i psykisk helsevernloven). For personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan det også fattes vedtak om *tvangsbehandling* (jf § 4-4 i psykisk helsevernloven). Videre kan alle pasienter utsettes for bruk av *tvangsmidler* uavhengig om de er under tvungent psykisk helsevern eller ikke. Det finnes i tillegg hjemler for skjerming, begrensninger i forbindelse med omverden, undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon og beslag som kan gjennomføres mot pasientenes vilje. Av de sist nevnte inngrep er det bare begrensninger i forbindelse med omverden som forutsetter at pasienten først er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Det er rimelig å anta at effekten av tvang er ulik avhengig av hvilken type tvang pasienten utsettes for. Det er derfor hensiktsmessig å se separat på effekten av tvang for ulike typer tvangsinngrep. I tråd med mandatet for arbeidsgruppen er fremstillingen i dette notatet avgrenset til effekten av tvang knyttet til selve det tvungne psykiske helsevernet og av selve tvangsbehandlingen. Det er også behandlingsgrunner som hyppigst brukes som grunnlag for tvungent psykisk helsevern i Norge (2,3).

## **1.3 Plan for fremstillingen**

På bakgrunn av de mange metodeproblemene som er knyttet til å utvikle pålitelig kunnskap om følgene av å bruke tvang i psykiatrien, vil slike metodeproblem bli diskutert i mer detalj i kapittel 2. Deretter gjennomgås den litteraturen som tar opp effekter av tvang på behandlingsresultatene (kapittel 3), og til slutt drøftes hvilke konklusjoner det er rimelig å trekke basert på den forskningen som til nå er publisert på dette området (kapittel 4 og 5).

## **2. Hvordan vurdere effekter av tvang?**

### **2.1 Generelt om utforming av studier om behandlingseffekter**

Når man ønsker å vite hva slags effekter en behandling har, er som regel den beste måten å skaffe slik kunnskap på å gjennomføre et randomisert klinisk forsøk (Randomized Clinical Trial eller RCT). Dette innebærer vanligvis at en pasientgruppe etter loddtrekning deles inn i en behandlingsgruppe som får den aktuelle behandlingen, og en kontrollgruppe som enten får en annen (standard) behandling, eller ikke får behandling i det hele tatt (eller uvirksom behandling - såkalt placebo). Ved ett eller flere senere tidspunkt sammenligner man deretter behandlingsgruppen med kontrollgruppen for å se hvilken gruppe det går best med. Ideelt sett skal slike studier gjennomføres som "dobbelblindet" forsøk. Det vil si at verken de som får behandlingen, eller de som bedømmer resultatet, skal vite hvem som tilhører behandlingsgruppen eller kontrollgruppen. Ved utprøving av nye legemidler ligger forholdene godt til rette for å gjennomføre en studie etter et slikt mønster. I andre situasjoner er det ikke mulig verken å "blinde" studien eller å plassere pasienter i en behandlingsgruppe eller en kontrollgruppe gjennom loddtrekning.

For studier som skal se på effekten av bruk av tvang, er det ikke mulig å oppfylle de ideelle kravene til randomiserte kliniske forsøk. Det er vanskelig å tenke seg, i alle fall innenfor en norsk kontekst, at en gruppe pasienter som blir henvist til tvungent psykisk helsevern, ved innleggelsen skulle deles slik at tvangen ved loddtrekning ble opphevet for halvparten av disse pasientene. Grunnene til at en slik fremgangsmåte ikke fremstår som en reell mulighet, er at sterkt hjelpetrengende pasienter da stå uten et hvert behandlingstilbud. For pasienter som anses som farlige for seg selv eller andre ville dette særlig fremstå som uforsvarlig. Og skulle det i noen situasjoner være mulig å randomisere pasienter til tvang eller ikke tvang<sup>1</sup>, vil det åpenbart ikke være

---

<sup>1</sup>For vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) kan det tenkes at det er mulig å randomisere pasienter til ettervern med og uten tvang. Her vil farlighetsproblematikken ikke gjøre seg gjeldende – i alle fall ikke på kort sikt – og muligheten for på ny å gripe inn med tvungent psykisk helsevern vil alltid være tilstede for "frivillig-gruppen" dersom noen i denne gruppen skulle ha en utvikling der det ville være uforsvarlig ikke å gripe inn. Det er eksempler på at randomiserte studier for ettervern med og uten tvang har vært gjennomført i USA (4,5).



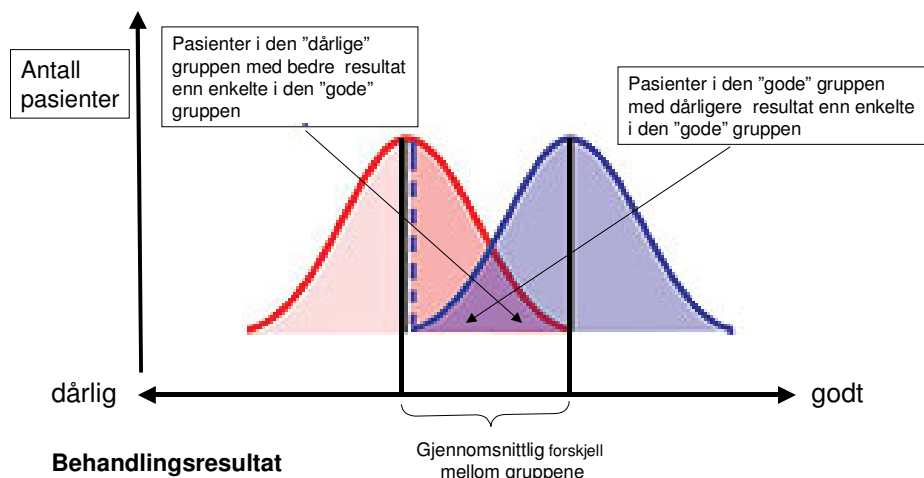
mulig å "blinde" studien. Både pasienter og behandlere (men nødvendigvis ikke de som skal vurdere effekten) vil vite hvilken gruppe pasienten tilhører.

Disse begrensningene i mulighetene til å gjennomføre gode randomiserte kliniske studier om bruk av tvang gjør kunnskapsgrunnlaget mer usikkert. Dette må imidlertid ikke tolkes slik at man da over hodet ikke har mulighet til å få pålitelig kunnskap på området. Det finnes andre metodiske tilnærminger som kan benyttes når randomiserte kliniske studier er vanskelig å gjennomføre. Case-control studier er for eksempel en metode som kan være godt egnet til å vurdere effekter av tvang. Da vil man for hver pasient som utsettes for tvang (cases) finne en pasient som behandles frivillig (control), men ellers er så lik som mulig som "tvangspasienten" (samme kjønn, alder, diagnose, sykdomsgrad osv.) Også studier som sammenligner hvordan det går med pasienter før og etter en intervensjon, såkalte "Controlled before and after" (CBA) studier, kan være egnet.

Styrker og svakheter ved valg av metode diskuteres i mer detalj senere. Her skal likevel nevnes et generelt trekk ved kvantitativ forskning<sup>2</sup> det er viktig å være klar over. I kvantitative, kliniske studier vil man som regel sammenligne det gjennomsnittlige behandlingsresultatet for en gruppe som får den behandlingen man vil undersøke med det gjennomsnittlige behandlingsresultatet for en kontrollgruppe som får en annen behandling. Enkeltindivider i kontrollgruppen kan i slike studier komme bedre ut enn de enkeltindividene som kommer dårligst ut i behandlingsgruppen, slik det er illustrert i figur 1. I klinisk praksis er det viktig å ha et bevisst forhold til dette fenomenet. Det er en påminnelse om at ikke alle pasienter er like, at responsen på behandling er ulik og at noen pasienter er tjent med en behandling som i kvantitative studier på gruppenivå kommer dårligere ut enn sammenligningsbehandlingen.

---

<sup>2</sup> Kvantitativ forskning er en fellesbetegnelse på studier der data er representert ved tall, og tallene gjøres til gjenstand for statistiske analyser. Antall personer som må inngå i kvantitative, kliniske studier varierer avhengig av hvilken problemstilling man vil belyse, men generelt kreves det ofte mange deltakere, særlig hvis man ønsker å sammenligne undergrupper av deltakere.



**Figur 1. Forskjell i behandlingsresultat mellom to grupper. Noen pasienter i den gruppen som fikk "dårlig" behandling vil komme bedre ut enn noen i gruppen som fikk "god" behandling**

Det er også viktig å påpeke at en randomisert studie i seg selv ikke er noen garanti for at resultatene er å stole på. Uten at data har god kvalitet, at personene som inkluderes er representative og at resultatene bedømmes på en vitenskapelig holdbar, vil også randomiserte studier ha liten verdi. Mange vil også mene at fenomener som er av betydning for å bedømme behandlingseffekter, som livskvalitet, fornøydhet, følelser og andre subjektive dimensjoner, dårlig kan fanges opp ved kvantitative metoder, og at man heller burde bruke kvalitative metoder<sup>3</sup> om man har som mål å forstå hvordan tvangen påvirker behandlingen.

## 2.2 Evidence-based medicine (EBM)

Mot slutten av 1900 tallet ble de medisinske miljøene i økende grad opptatt av at den kliniske virksomheten i størst mulig grad må være forankret i behandlingsmetoder som er vitenskapelig dokumentert. Evidence-based medicine er blitt en samlebetegnelse på all virksomhet som på en eller annen måte bidrar til kunnskapsbasert klinisk praksis, og Centre for Evidence-based Medicine ved Oxford University definerer EBM slik: "Evidence-based medicine

<sup>3</sup> I kvalitativ forskning brukes tekst som data (intervjuer, samtaler, skriftlig materiale o.l.) og data fortolkes med intensjon om å forstå fenomener. I kvalitativ forskning inngår det som regel et lite antall informanter.

is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients” (6). En viktig aktør på dette området er Cochrane gruppen, (ofte referert til som The Cochrane Collaboration, the Cochrane Initiative, Cochrane samarbeidet eller Cochrane basen), som er en verdensomfattende gruppe som primært går igjennom kvaliteten av RCT- studier som vurderer effekten av medisinsk behandling. Cochrane gruppene setter strenge krav til metode før en studie kan legges til grunn for kunnskapsgrunnlaget for ulike behandlingsintervensjoner. Cochrane samarbeidet har gått igjennom noen områder som er relevant for bruk av tvang i det psykiske helsevernet, og disse er omtalt i kapittel 3 i dette notatet.

### **2.3 Hva er tvang og hvorledes måle tvang?**

Skal man undersøke hva slags effekt bruk av tvang har, må man i kvantitativ forskning kunne måle tvangen pasientene utsettes for. Fordi det er vanskelig å definere tvang, er det også vanskelig å måle tvang. I forskningssammenheng har tvang i det psykiske helsevernet blitt registrert enten som *formell tvang*, det vil si om det er truffet vedtak om bruk av tvang i forhold til lovgivningen, som *opplevd tvang*, som er pasientenes subjektive oppfatning av i hvilken grad de er utsatt for tvang, som *faktisk tvang*, som er den tvang som faktisk utøves overfor pasienten, eller kombinasjoner av disse områdene. Det er problemer knyttet til måling av tvang for alle de tre nevnte tvangsdimensjonene.

*Formell tvang* er som regel enkelt å ”måle” og registrere. Når noen for eksempel tvangsinnlegges vil det være fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Et slikt vedtak er skriftlig og er lett tilgjengelig. Problemet med å bruke pasientens formelle status er at forskning entydig har vist at pasientens formelle status er et dårlig mål for tvangen pasienten opplever eller faktisk utsettes for (7-9). Mange pasienter som formelt er frivillig i det psykiske helsevernet, oppgir selv at innleggelsen har skjedd mot deres vilje, mens mange tvangsinnlagte på den annen side oppgir at de selv ønsket innleggelsen. I en nordisk undersøkelse viste tall fra Norge at 16.7 % av formelt frivillig innlagte mente de var tvangsinnlagte, mens 46.9 % av formelt tvangsinnlagte anså seg selv som frivillig innlagt (10). Om man derfor bare bruker pasientenes formelle

status i undersøkelser om effekten av tvang på behandlingsresultatet, kan resultatene av undersøkelsen bli misvisende.

Om man bruker *opplevd tvang* som mål for tvangen pasientene utsettes for, er problemet hvorledes man kan måle opplevelsen. Her møter man det generelle problemet med å måle subjektive fenomener på en pålitelig måte. For opplevd tvang har man i kvantitativ forskning i hovedsak benyttet to mål: enten "The McArthur Perceived Coercion Scale", MPCS (11,12) som er et spørreskjema, eller "The Coercion Ladder", CL (13) som er en stige på 10 trinn der pasienten selv markerer hvor mye tvang han eller hun opplever at de er utsatt for. Eventuelt har begge mål vært benyttet sammen. Erfaringene med disse målemetodene har overraskende vist at opplevelse av tvang tenderer mot å være et enten-eller fenomen. Dette er i strid med hva som teoretisk er naturlig å annta; nemlig at graden av opplevd tvang øker proporsjonalt med den tvangen man faktisk blir utsatt for. Den manglende sammenhengen mellom tvangen pasienter faktisk utsettes for og opplevd tvang (14,15) gjør at det heller ikke er anbefalt å bruke bare opplevd tvang i studier der man vil undersøke effektene av tvangsbruk. At erfaringene med opplevd tvang ser ut til at det dreier seg om et enten-eller fenomen, gjør det vanskelig å gradere opplevd tvang på en meningsfull måte.

*Faktisk tvang* er heller ikke enkelt å bruke som mål for tvang. Det er riktignok slik at det i mange situasjoner kan være lett å registrere faktisk tvang, som for eksempel ved bruk av tvangsmidler, men hva med situasjoner som er mindre håndfaste? Hva er egentlig "faktisk tvang"? Hvor går grensen mellom tvang, trusler, påtrykk, overtalelser og råd når man skal bedømme om en pasient har vært utsatt for tvang eller ikke? Om man definerer tvang som fravær av autonomi (selvbestemmelsesrett), slik en amerikansk forskergruppe har gjort (16), vil fort påtrykk, trusler og manglende frihet til å velge måtte klassifiseres som tvang. Den mer subtile form for tvang, som så og si sitter i veggene, er enda vanskeligere å registrere. Et eksempel kan være at pasienter *må* følge en aktivitetsplan på en avdeling. Selv om de fleste aksepterer nødvendigheten av at det finnes rutiner som må følges i det sosiale liv, kan for eksempel det å være

nødt til å stå opp for å delta i et felles frokostmåltid på en psykiatrisk avdeling av enkelte oppfattes som tvang.

Konsekvensene av de problemene som er knyttet til å definere og måle tvang, er at det blir tilsvarende vanskelig å få kunnskap om effekter av å bruke tvang. Inntil man får utviklet bedre og mer pålitelige mål for tvang, anbefaler noen å bruke flere mål for tvang sammen (Høyer, Iversen). Uansett er det et viktig poeng å se på hvorledes tvang er målt i studier som ønsker å se på effekter av tvang på behandlingsresultatet.

#### **2.4 Mål for behandlingsresultat.**

Det er ulike måter å bedømme behandlingsresultater på. Det er også varierende grad av enighet om hvorledes behandlingsresultater best beskrives. Om man for eksempel tar et benbrudd, vil det sannsynligvis være stor enighet om at et vellykket resultat innebærer at pasienten etter behandlingen er smertefri, og at pasienten har gjenvunnet samme funksjon som før bruddet. I psykiatrien er det ikke alltid like enkelt. Hva er et godt behandlingsresultat etter psykiatrisk behandling? Er det grad av symptomreduksjon, tilfredshet med behandlingen, fortsatt behov for helsetjenester, bolig- og arbeidssituasjonen, et godt forhold mellom pasient og behandler, en sum av disse forholdene, eller andre forhold?

Vurderinger av behandlingsresultat vil også variere med hvem man spør. Pasienter, pårørende og helsepersonell kan ha ulik oppfatning om effektene av behandlingen. Hvem som står bak en studie om behandlingseffekt og som inhenter informasjon om hvordan det har gått, vil også kunne prege vurderingene (17-19). Det er også et anerkjent prinsipp innen behandlingsforskning at den eller de som vurderer effekten, ikke bør være de samme som er ansvarlig for behandlingen. Men selv der de som bedømmer effekt ikke er involvert i behandlingen, vil bedømmerenes erfaring, profesjonstilknytning og vitenskapelige forankring påvirke vurderingene.

Om vi går tilbake til behandling av benbrudd som eksempel på en situasjon der det tilsynelatende vil være stor enighet om hva som er et vellykket behandlingsresultat, kan situasjonen også her være mer komplisert enn det

først kan se ut. Selv om det er klart at bruddet er grodd uten komplikasjoner, funksjonen er like god som før og pasienten er smertefri, kan situasjonen for pasienten ha endret seg på grunn av bruddet. Pasienten kan ha blitt redd for nye brudd, redd for å belaste området der bruddet skjedde, og redd for å være med på aktiviteter som ligner den som førte til bruddet. Selve møtet med helsevesenet og helsepersonell kan også innebære opplevelser som vil prege pasienten i ettertid. I motsetning til såkalte objektive kriterier som røntgenbilde, måling av styrke, funksjon og lignende, vil psykologiske reaksjoner og konsekvenser for pasientens sosiale liv være vanskeligere å måle og kan lett utelates når behandlingsresultatet av bruddet vurderes. Eksempelet viser at selv tilsynelatende enkle behandlingsvurderinger er sammensatte og vanskelige. For psykiatrisk behandlingsforskning er situasjonen vesentlig mer komplisert. Her vil antall subjektive og objektive faktorer som påvirker behandlingsresultatet være langt flere.

Hvordan det er å bli utsatt for tvang avspeiles antakelig først og fremst i følelsesmessige reaksjoner<sup>4</sup>. Slike reaksjoner vil med stor sannsynlighet påvirke behandlingsresultatene og relasjonene mellom de som utøver og de som utsettes for tvang. Når tvangens betydning for behandlingsresultater skal vurderes, er det viktig at slike subjektive forhold tas med, selv om de ikke er lett å måle. Hensikten med disse eksemplene er å tydeliggjøre hvor viktig valg av effektmål er, ikke minst i forskning om effekter av tvang.

I det følgende vil det bli gitt en oversikt over de effektmål som er benyttet i studier om effekter av tvang. I hovedsak er dette de samme effektmål som brukes i psykiatrisk behandlingsforskning generelt. I behandlingsforskning brukes ofte begreper som "outcome", "outcome-mål" og "endepunkt". Disse begrepene er i praksis identiske med "effektmål", og brukes om hverandre. Også i dette notatet. Ulike endepunkt er i avsnittene under gruppert etter ulike områder som alle er av betydning når behandlingsresultatet skal vurderes.

---

<sup>4</sup> Bruk av tvang kan også resultere i fysiske skader (19). Dette er imidlertid sjelden. Hovedvekten i denne fremstillingen er derfor lagt på følelsesmessige og psykologiske reaksjoner på bruk av tvang.

### 2.4.1 Symptom- og sykdomsmål

Det finnes en rekke instrumenter<sup>5</sup> som er laget for å måle sykdomsgrad i psykiatrien. De mest brukte i psykiatrisk outcome forskning som omfatter effekter av tvang er:

**GAF (Global Assessment of Functioning Scale)** (20) der pasienten får et score mellom 0 og 100, der 100 er best mulige skår. Skillet mellom aktivt psykotiske tilstander og mindre alvorlige symptomer går omtrent rundt en skår på 30. Skåringene er basert på inntrykk etter vanlige kliniske intervjuer og gjøres av den fagpersonen som utfører intervjuet. **Global Assessment of Symptoms Scale (GAS)** er en tidligere versjon av GAF.

**BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)** (21) er et instrument der pasientens funksjon vurderes på ulike områder. Det finnes ulike versjoner, mest brukt er versjonene som dekker 16-18 områder, men det finnes en utvidet versjon (24 områder). Hvert området skåres fra 1 til 7, der 1 er fravær av symptomer og 7 de mest alvorlige symptomene. Dette innebærer at totalskår kan variere fra 16 til 112 om man bruker BPRS-16. BPRS skåres av intervjuer på bakgrunn av et vanlig klinisk intervju.

**SCID** (22) Er et omfattende strukturert intervju som gir diagnoser i henhold til DSM-IV. SCID 1 gir akse 1 diagnoser (sykdomsdiagnoser), mens SCID 2 gir personlighetsdiagnoser (akse 2 diagnoser). Skåres av intervjuer.

**CIDI** er et lignende intervju som SCID, men er basert på ICD-10 diagnoser.

**MINI** (23) er et tredje intervju som gir diagnoser. Finnes også i en **MINI PLUS** versjon.

**PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale)** (24) er et instrument som spesifikt er utviklet for å vurdere sykdomsgrad ved schizofreni og schizofreniforme lidelser. Instrumentet har tre hoveddeler: Positive scale (7 områder), Negative scale (7 områder) og skala for generell psykopatologi (16

---

<sup>5</sup> "Instrumenter" slik det brukes her, refererer til standardiserte målemetoder (måleinstrumenter) som for eksempel brukes for å beskrive trekk, egenskaper, funksjon og helsetilstand hos mennesker.

områder). Hvert område skåres fra 0 til 6 der 0 er ingen symptomer. Skåres av intervjuer.

**PTSD.** Post traumatisk stress lidelse er i noen studier om tvang brukt som mål for å vurdere om tvangsintervensjonen medfører traume. Kan måles ved hjelp av ulike instrumenter (PTCD-Check List, CAPS, IES og diagnostiske intervjuer)

**Egenvurdert psykiske helse.** Det finnes et stort antall måter å måle egenvurdert psykiske helse på, fra enkle kategoriske spørsmål (som oftest som: Frisk/bedret/uendret/forverret) til mer omfattende spørreskjema (For eksempel Hopkins Symptoms Check List i en 90 spørsmåls versjon: HSCL-90). Eksempler på andre instrumenter for egenvurdert psykisk helse er GHQ (General Health Questionnaire som finnes i ulike versjoner), Health of the Nation (HoNOS) og Self-appraisal of illness questionnaire (SAIQ).

**Innsikt.** Noen studier bruker pasientenes grad av innsikt i egen situasjon som et forløpsmål ved behandlingen. Det er utviklet en rekke ulike instrumenter for dette formålet (25), fra relativt enkle, korte spørsmål (26,27) , til mer omfattende instrumenter som The MacArthur competence to consent to treatment instrument (28).

**Somatisk helse og dødelighet** er konkrete og håndfaste outcomemål, men brukes lite i forskning som ser på effekter av tvang.

#### 2.4.2 Helsetjenestemål

Pasienters bruk av helsetjenester etter en behandling er vanlig å bruke i forskning som ser på effekter av behandling. Antall nye innleggelses og antall liggedøgn i en periode etter behandling er de mest brukte målene. Bare sjelden skiller det her mellom tvang og frivillighet ved nye innleggelses. Et annet mye brukt mål er "Compliance". Dette betyr i hvilken grad pasienter følger opp behandlingen, som regel etter utskrivning fra døgnopphold i institusjon. Mest vanlig her er å registrere i hvilken grad pasienter tar medisiner som er forskrevet ved utskrivning (medikamentcompliance), men også om behandlingsavtaler følges opp brukes som compliance-mål (behandlingscompliance).



Pasienters fornøydhhet med behandlingen er også brukt i mange undersøkelser. I studier som særskilt ser på tvangsinnlagtes erfaringer er det to tema som går igjen: Om pasienter i ettertid mener at tvangsbruken var berettiget, og om de i fremtiden ønsker at andre på nytt griper inn med tvang om det skulle oppstå en lignende situasjon som den pasienten har vært igjennom. Når det gjelder mål av generell fornøydhhet finnes svært mange instrumenter. Mest brukt i Norden er et instrument utviklet i Sverige (29) og som er oversatt til norsk (30). Noen studier tar også med pårørendes fornøydhhet/syn på behandlingen som et effektmål.

I noen grad er også kostnader ved behandlingen trukket inn, særlig i såkalte cost-benefit analyser

#### **2.4.3 Sosiale forhold og relasjoner.**

I den grad slike effektmål brukes i tvangsforskningen, er dette tradisjonelle sosiøkonomiske mål som bosituasjon, arbeid, økonomi, sivilstatus og nettverk.

#### **2.4.4 Forhold knyttet til adferd og livsstil.**

Brukes først og fremst i studier fra USA, og da er det særlig rusbruk, voldsepisoder og konflikt med politi (arrestasjoner) og rettsvesen (påtale eller dommer) som trekkes inn som effektmål.

#### **2.4.5 Subjektive outcome-mål.**

Pasientenes fornøydhhet med behandlingen er omtalt under avsnitt 2.4.2 over. Ut over dette måles opplevelse av tvang i mange studier. Her brukes som beskrevet i avsnitt 2.3 The MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS) og The coercion Ladder (CL). MPCS inngår i et større instrument som kalles "The Admission Experience Scale" (AES). I AES inngår også tema som tar opp pasientenes delaktighet i beslutningsprosessen (Procedural justice, negative and positive pressures) (11,12) . Livskvalitet trekkes mer sjelden inn i tvangsstudier, selv om det finnes et stort antall instrumenter som måler livskvalitet. Enda mer sjelden er pasientenes opplevelse av krenkelse, overgrep eller stigmatiserende og nedverdiggende behandling brukt. I de studiene som tar med slike aspekter er det dels brukt egenkonstruerte spørsmål og

spørreskjema, eller instrumenter som Rejection Experience Scale (31) og Experience of Stigma Questionnaire (32).

## **2.5 Forskningsetiske aspekter ved forskning om effekter av tvang i det psykiske helsevernet**

Forskningsetiske prinsipper og retningslinjer reiser enkelte problemstillinger som aktualiseres i forbindelse med forskningsprosjekter som ønsker å belyse effekter av tvang i psykiatrien. Det første problemområdet som skal kommenteres her er knyttet til pasientenes samtykkekompetanse og inklusjon i forskningsprosjekt. Det er et grunnleggende forskningsetisk prinsipp at deltakelse i medisinsk forskning skal være basert på et fritt og informert samtykke. Dette forutsetter at de som inngår i studien må ha samtykkekompetanse. Bare unntaksvis vil det være akseptabelt å inkludere personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse i forskning (33, 34). For å kunne gjøre dette kreves det blant annet at deltakelse medfører minimal risiko, og at det ikke er mulig å skaffe den aktuelle kunnskapen uten at personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse inkluderes.

I henhold til den norske psykisk helsevernloven er det bare personer som har en alvorlig sinnslidelse som kan underlegges tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandles. Spørsmålet er om pasienter med en alvorlig sinnslidelse i en akutt fase har evnen til å forstå hva et forskningsprosjekt går ut på, og således om det er mulig å inkludere dem i prosjekt basert på samtykke. Dersom pasienter som blir funnet å mangle tilstrekkelig samtykkekompetanse utelukkes fra slike studier, kan resultatene bli annerledes enn om de var inkludert. I forskningsmetodesammenheng kalles dette for "utvalgsskjevhet" eller "Selection bias", og slike skjevheter forekommer ofte i tvangsforskningen på grunnlag av at etikk-komitéeer sjelden tillater inklusjon av personer med alvorlig sinnslidelse. Dette kan føre til at man mister kunnskap om effekten av tvang for pasienter med de mest alvorlige lidelsene, som samtidig er de personene som har størst sannsynlighet for å bli utsatt for tvang.

Et annet forhold er at personer som blir ansett for å være farlige, særlig overfor andre, også ofte utelukkes fra deltakelse i forskning etter forskningsetiske

vurderinger. Dette er som regel begrunnet i sikkerhetshensyn, og slik utelukking vil også bidra både til utvalgsskjevhet og at personer med stor risiko for å bli utsatt for tvang ikke er med i studiene.

### **3. Hva sier faglitteraturen om effekter av bruk av tvang**

#### **3.1 Avgrensninger**

I dette avsnittet, der resultatene fra ulike publiserte undersøkelser om effektene av tvang vil bli presentert, er det gjort enkelte avgrensninger. I utgangspunktet er bare litteratur som omhandler tvang for å gjennomføre *behandling* tatt med. Dette medfører at litteratur om tvangsmiddelbruk er ekskludert. Presentasjonen er også avgrenset til hva litteraturen sier om hvorledes tvangen påvirker behandlingsresultatet for pasientens egen del, det vil si i hvilken grad tvangen er til pasientens beste eller ikke. Dette utgangspunktet gjør at studier som omhandler tvang i det psykiske helsevernet begrunnet i å forhindre farlighet for andre er ekskludert. Tvang uten døgnopphold (TUD) er derimot inkludert, og er beskrevet i eget avsnitt (Avsnitt 3.3.6).

Disse avgrensningene har ikke vært enkle å omsette i praksis ved gjennomgang av litteraturen. Det kan også stilles spørsmål ved rimeligheten. Det kan for eksempel være slik at bruk av tvangsmidler i vesentlig grad kan påvirke behandlingsresultatet, selv om bruk av tvangsmidler ikke har behandlingsmessig begrunnelse eller formål. Avgrensningene er likevel nødvendige. Dels fordi antallet publikasjoner om alle former av tvang er så omfattende at avgrensninger er nødvendig av praktiske grunner, og dels fordi tema for arbeidsgruppen er "behandlingsvilkåret" i psykisk helsevernloven, det vil si tvang begrunnet i at det fører til et bedre behandlingsresultat enn om tvang ikke brukes.

I fremstillingen er det videre gjort forsøk på å skille mellom effekter av tvang som en forutsetning eller ramme for å gjennomføre behandlingen (tvungent psykisk helsevern; det vil si selve frihetsberøvelsen), og effekter av selve

tvangsbehandlingen (jf § 4-4 i psykisk helsevernloven). En slik oppdeling har også problematiske sider. Mye av faglitteraturen skiller ikke mellom frihetsberøvelsen og tvangsbehandling. I mange jurisdiksjoner skiller heller ikke lovgivningen mellom disse tvangsformene, da det tas for gitt at dersom man først etablerer tvungent psykisk helsevern foreligger det en implisitt hjemmel også for tvangsbehandling (35).

Videre er det i fremstillingen prioritert å presentere såkalte "analytiske" studier. Det vil si studier som analyserer hvorledes tvangen påvirker behandlingsresultatet sammenlignet ned behandlingsresultater uten tvang. Mange studier om tvang er rent "deskriptive" studier, det vil si studier som bare *beskriver* tvangsansendelsen. For eksempel hvem blir utsatt for tvang, omfang av tvang, fremgangsmåte ved tvangsansendelse osv. Disse er i hovedsak utelatt fra dette notatet. Heller ikke intervensjonsstudier som ser på tiltak for å påvirke omfanget av tvang er omtalt.

Bruk av tvang i barne- og ungdomspsykiatrien og i alderspsykiatrien er ikke inkludert i den aktuelle gjennomgangen, dels fordi tvungent psykisk helsevern i liten grad benyttes overfor unge og eldre, og dels på grunn av behovet for avgrensning.

### **3.2 Utvalg av artikler og annen faglitteratur**

Faglitteraturen som ligger til grunn for beskrivelsen av kunnskapsstatus om effektene av tvangsbruk på behandlingsresultatet, er primært fremkommet gjennom litteratursøk i elektroniske litteraturlitabaser. PsychINFO, Medline og Embase er de databasene som har gitt flest "treff". Søkeordene som er benyttet har vært: "coercion AND/OR mental health", "Coercion AND outcome", "Coercion AND/OR treatment". "Coerced treatment involuntary treatment voluntary treatment inpatient psychiatry {Including Related Terms}" og "Involuntary treatment AND psychiatry". "Coercion, Psychiatry; involuntary treatment, Treatment Refusal". "inpatient, medication; mental health; nursing; psychiatric care, outcome assessment", og kombinasjoner av disse.

I tillegg er oversiktsartikler gjennomgått, og relevante referanser fra litteraturlisten i slike oversiktsartikler er tatt med i litteraturen som omtales her. Relevante publikasjoner fra The MacArthur Research Network<sup>6</sup> er også inkludert. Listene over litteratur som ble generert på denne måten er senere supplert når noen i forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (senere omtalt som "Forskergruppen")<sup>7</sup> har kommet over nye studier om effekter av tvang.

Den litteraturen som ble fanget opp på måten som er beskrevet over, ble satt opp i to ulike litteraturlister; en som fortrinnsvis inneholder effekter av tvungent psykisk helsevern mer generelt (Liste 1), og en som mer spesifikt omhandler studier om tvangsbehandling (Liste 2). Vi har utelatt bøker og monografier, da vi bare ville inkludere publikasjoner som hadde gjennomgått fagfelleevaluering. Listene er vedlagt dette notatet. Noen artikler er tatt med i både liste 1 og liste 2 da de omhandlet både tvang generelt og tvangsbehandling spesielt. Liste 1 og liste 2 inneholder til sammen 90 ulike referanser.

De søkeordene som ble brukt fanget i utgangspunktet opp mange artikler som hadde liten relevans i forhold til spørsmålet om effekt av tvang. Av de 52 artiklene som inngår i liste 1 var det bare åtte artikler som både var relevante og hadde rimelig god kvalitet. To av de åtte artiklene omhandlet tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og er omtalt i avsnitt 3.3.6. De åtte artiklene ble plukket ut av medlemmer i Forskergruppen. Utvalget var basert på følgende kriterier:

1. At tvang/frivillighet er brukt som en uavhengig variabel<sup>8</sup>
2. At studien har ett eller flere definerte outcome mål
3. Studien var publisert etter 1990.

---

<sup>6</sup> The MacArthur Foundation har finansiert flere prosjekt med relevans for tvang i det psykiske helsevernet. De viktigste er: The MacArthur Coercion Study (1988-2001) og The MacArthur Research Network on Mandated Community Treatment (2001-2009). Se [www.macarthur.virginia.edu](http://www.macarthur.virginia.edu)

<sup>7</sup> Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet er et femårig prosjekt finansiert av som ble etablert ved Universitetet i Tromsø høsten 2008, og som blant annet har tilknyttet en forskergruppe med ca 10-12 forskere som forsker på bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Se [www.tvangsforskning.no](http://www.tvangsforskning.no)

<sup>8</sup> Dette innebærer at behandlingseffekten er analysert slik at det blir tatt hensyn til om, eventuelt i hvilken grad, pasienten har vært utsatt for tvang

Av de studiene som ble inkludert på dette grunnlaget, vurderte Forskergruppen kvaliteten ved å vurdere studiens problemstilling, kriterier for inklusjons/eksklusjon av pasienter, utvalgsstørrelse (styrkeberegning), kontrollgrupper, randomisering, blinding, oppfølgingstid, valg av målemetode for behandlingseffekt, statistiske metoder og fortolkning av resultatene. De åtte artiklene som gjensto etter denne prosessen, ble drøftet i plenum i et to-dagers møte mai 2007 der åtte av medlemmene i Forskergruppen deltok.

Artiklene som er tatt inn i liste 2, og som mer spesifikt omhandler behandlingseffekter av den enkelte tvangsbehandlingsintervensjoner (i praksis bare tvangsbehandling med legemidler), ble identifisert ved litteratursøk som ble gjennomført i perioden november 2008 til januar 2009. I tillegg til søk som ble foretatt av Forskergruppens medlemmer, utførte fagansvarlig for medisin ved Universitetsbiblioteket i Tromsø tilsvarende søk. Dette resulterte i en liste på 55 referanser. Disse referansene ble alle gjennomgått i plenum i møte i Forskergruppen i februar 2009, og på møtet rangert i henhold til de samme kvalitetskriterier som for gjennomgangen av artiklene i mai 2007.

Som en kontroll av i hvilken grad relevant litteratur er plukket opp, ba Forskergruppen biblioteket i Helsedirektoratet foreta et uavhengig søk. Søket var bredt og hadde ingen tidsbegrensning. Søket resulterte i 1299 referanser. Av de 90 referansene i Liste 1 og Liste 2, ble bare 39 referanser gjenfunnet i søket som ble gjort av Helsedirektoratbiblioteket. Samtidig var det 28 referanser i listen fra helsedirektoratbiblioteket som omhandlet effekter av tvang som ikke var fanget opp i Liste 1 og 2. Disse 28 referansene er vurdert og relevante artikler er kommentert i avsnitt 3.3.8.

### **3.3 Gjennomgang av aktuell litteratur**

#### **3.3.1 Oversiktsartikler om effekter av tvungent psykisk helsevern**

- 1. Katsakou C, Priebe S: Outcomes of involuntary hospital admission: a review. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 232-241 (36)**

Forfatterne gikk gjennom 521 abstracts fra engelskspråklige artikler. Av disse oppfylte 18 studier inklusjonskriteriene (at tema var outcome av tvangsinnleggelse og behandling, at studiene var fra akuttpsykiatriske avdelinger, at det ble benyttet kvantitative metoder og at artiklene var engelskspråklige). Litteratursøket ble gjort i juni 2004 med følgende søkeord: "Coercion, commitment, detention, restraint, involuntary/formal/forced admission/treatment, outcome and treatment (exploded and combined)" i litteraturbasene Medline, Premedline, Embase og psychINFO. De 18 studiene (hvorav 9 prospektive og 9 retrospektive) ble delt inn etter kvalitet og gitt tallkarakter fra 0-8, der 0 var lavest kvalitet. Artiklene ble inndelt i dårlig, middels og god kvalitet. Ni studier ble bedømt til å ha dårlig kvalitet, og bare 3 studier (37-39) ble ansett å ha god kvalitet. De oppnådde alle 6 poeng. De tre "gode" artiklene var utgått fra samme forskergruppe (Kjellin et al. fra Sverige). To av de tre artiklene (37,38) ble fanget opp av Forskergruppen, men bare én av dem (37) ble inkludert i de seks artiklene Forskergruppen plukket ut som de beste, og som er omtalt i avsnitt 3.3.2.

Basert på de 18 studiene, ble følgende funn referert i den aktuelle oversiktsartikkelen: Tvangsinnlagte var bedret med hensyn til symptomer og funksjon ved utskrivning og inntil 4 måneder etter utskrivning bedømt av behandlere eller forskere. I henhold til pasientenes egne vurderinger, anså mellom 33 og 68 % i ulike studier at innleggelsen var nødvendig, mens 28-48 % uttrykker eksplisitte, negative erfaringer i forbindelse med innleggelsen. Med unntak av én studie, er andelen pasienter som anser at innleggelsen har vært positiv større enn andelen som anser den som negativ. 39-75% anser at innleggelsen var berettiget, mens 10-47 % anser at innleggelsen var uberettiget. 39-81 % mente innleggelsen hadde vært til hjelp, mens 6-33% fant at innleggelsen ikke var til hjelp eller skadelig. Pasientenes syn ble mer positivt etter som tiden siden innleggelsen gikk. 68-76% av pasientene i to av de tre "gode" studiene, vurderte at de var blitt bedre etter tvangsbehandling. Forfatterne av denne oversiktartikkelen konkluderer med at det er store metodologiske problemer på det aktuelle forskningsfeltet, og skriver: "It is impossible to distinguish whether different findings reflect true variation in outcomes – e.g. because of differences in context, patient characteristics and

treatment, or changes of views over time – or are due to methodological inconsistency or both”.

## **2. Kallert TW, Glöckner, Schützwahl. Involuntary vs voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. Eur Arch Clin Neurosci 2008; 258: 195-209 (40)**

Systematisk gjennomgang av litteratur om outcome av akutte tvangsinnleggelse i den generelle voksenpsykiatrien sammenlignet med frivillige innleggelse. 41 av i alt 3227 referanser oppfylte inklusjonskriteriene (publisert etter 1980, bare kvantitative studier der sammenligning mellom frivillige og tvungne innleggelse var mulig, engelsk eller tysk språk og at studiene brukte en eller flere av følgende effektmål: gjeninnleggelse, LoS, legal status ved gjeninnleggelse, klinisk og observatør-baserte mål for dødelighet, selvmord, sosial funksjon eller psykopatologi inkludert PTSD og sykdomsinnsikt, behandlingscompliance, og medikamentcompliance, subjektive effektmål som tilfredshet med behandlingen, opplevd behov eller berettigelse for/av behandling og opplevd tvang). Litteratursøket gikk frem til mars 2006 og ble gjort i Medline (engelske artikler) og PSYINDEX (tyske artikler). I Medline ble søkeordene: (involuntar\*)OR(compulsor\*)OR{forced} AND {admissions=OR/commit}\*OR treatment} AND {psychiatr}\*OR{mental}\* brukt. De 3227 referansene ble av én forfatter redusert til 182 som mest sannsynlig oppfylte inklusjonskriteriene. Disse 182 ble i sin helhet vurdert av alle tre forfatterne uavhengig av hverandre, og på bakgrunn av denne prosessen endte forfatterne opp med 41 artikler som inngikk i den aktuelle oversiktsartikkelen. Disse 41 artiklene ble rangert etter kvalitet, basert på seks forhåndsbestemte kvalitetskriterier. Hver artikkel ble gitt en kvalitetsscore fra 0-6 poeng på en halvpoengsskala, der 0 var dårligst.

Basert på de 41 studiene, ble følgende funn referert i denne oversiktsartikkelen. Antall studier av de 41 som rapporterer funn for ulike effektmål er angitt i parentes:

**Oppholdslengde (LoS) (17 studier):** 6 studier fant signifikant lenger LoS for tvangsinnlagte enn frivillig innlagte, mens 4 studier fant det motsatte. 7 studier fant ingen forskjell.



**Gjenninleggelser (9 studier):** 3 studier fant en signifikant økt risiko for gjenninleggelse for tvangsinnlagte, mens 6 ikke fant noen forskjell<sup>9</sup>

**Gjenninleggelse med tvang:** Samtlige studier (antall ikke oppgitt) som rapporterte dette fant en økt risiko for gjenninleggelse med tvang for dem som var primært tvangsinnlagt.

**Dødelighet (1 studie):** Ingen forskjell i dødelighet etter 9 års oppfølging.

**Selv mord (3 studier):** Alle studiene rapporterte at tvangsinnlagte var overrepresentert med hensyn til selvmord.

**Sosial funksjon (7 studier):** Tvangsinnlagte hadde enten lik eller dårligere sosial funksjon både ved innleggelse og follow-up. Bedringen i sosial funksjon var like stor for begge grupper.

**Psykopatologi (7 studier):** Ingen studier fant signifikante forskjeller mellom gruppene. Sykdomsinnsikt (3 studier) var inkonklusivt ut fra disse artiklene, mens en studie fant at det ikke var forskjell i traumatisk stress for gruppene.

**Behandlings-compliance (3 studier):** Ingen forskjeller mellom gruppene

**Medikasjons-compliance (5 studier) :** 4 studier fant ingen forskjeller, mens en eldre studie av lav kvalitet fant dårligere compliance for tvangsinnlagte.

**Tilfredshet med behandlingen (5 studier):** Tvangsinnlagte er signifikant mer misfornøyd med behandlingen enn frivillig innlagte

**Opplevd behov for og/eller berettigelse av innleggelsen (4 studier):** Alle studiene viste at tvangsinnlagte i større grad mente innleggelsen var unødvendig og/eller uberettiget.

**Opplevd tvang (1 studie):** Ingen sammenheng mellom opplevd tvang og formell legal status.

**Forfatterens konklusjoner:** “Based on the generally low methodological level of research demonstrated in this important and sensitive field of mental health service provision, and because of the huge variety in the methodological aspects appearing in the studies assessed, a significant need to perform future methodologically-sound studies in routine care settings remains”. Forfatterne sier videre at hvis inntrykket at tvangsbehandling ikke nødvendigvis innebærer økt

---

<sup>9</sup> I tabellen (tabell 2) oppgis 3 av 9 studier å finne denne forskjellen, mens det i teksten er oppgitt at 5 av 10 studier fant en slik forskjell

risiko for et dårligere behandlingsresultat kan bekreftes i metodologiske mer robuste studier, vil dette kunne bidra til å avstigmatisere tvangsbehandling.

Av de 41 studiene som inngikk i denne oversikten, inngikk 19 i Liste 1 og 2. De 22 referansene som ikke inngikk i Liste 1 og 2 omhandlet med et par unntak ikke effekter av tvang.

### **3. Kallert TW. Coercion in psychiatry. Current Opinion in Psychiatry 2008; 21: 485-489 (41)**

Diskusjonsartikkel basert på Medline søk 15 desember 2007 med søkeordene: Commitment and mentally ill (130 treff), Coercion and psychiatry (30 treff), involuntary admission and psychiatry (5 treff) og coercive treatment and psychiatry (11 treff). Forfatteren, som også er førsteforfatter av reviewartikkel nr. 2 over, gjentar her mange av resultatene fra reviewartikkel 2. Artikkelen er ikke basert på systematisk review, men tar opp ulike tema til diskusjon i lys av hva deler av forskningslitteraturen er kommet frem til. Det er derfor ikke grunn til i dette notatet å beskrive denne artikkelen i detalj, men begrense omtalen til funn i artikler med relevans til spørsmålet om effekter av tvang. Under overskriften "The patient's perspective" trekker forfatteren frem tre artikler; to norske (42,43) og en finsk (44). I den første norske studien (42) ble frivillige (n=48), tvungne (n=81) og "overtalte"<sup>10</sup> pasienter (n=56) sammenlignet med hensyn til fornøydhet med behandlingen og opplevd tvang. Både tvungne og overtalte pasienter var mindre fornøyd med behandlingen enn frivillige pasienter. Opplevd tvang varierte noe uventet slik at overtalte pasienter rapporterte mindre opplevd tvang enn frivillige pasienter, mens tvangsinnlagte som ventet skåret høyest. Et interessant funn i denne undersøkelsen var at de pasientene som hadde et godt forhold til en primærkontakt blant personalet, hadde et bedre opplevd behandlingsresultat. Den andre norske undersøkelsen (43) så på betydningen av bedre informasjonsrutiner for pasienttilfredshet. Den forbedrete informasjonen hadde liten effekt på tilfredsheten generelt, og det var ingen

---

<sup>10</sup> Gruppen "overtalte" omfattet både formelt frivillig- og tvangsinnlagte. Om formelt tvangsinnlagte pasienter svarte at innleggelsen var deres egen idé, eller både deres egen idé og andres, havnet de i "overtalt" gruppen. Om pasientene mente innleggelsen var andres idé alene, men formelt var frivillig innlagt havnet de også i "overtalt" gruppen.

forskjell mellom frivillige og tvangsinnlagte. Den finske undersøkelsen ble ufullstendig referert og omtalen belyste ikke forhold relatert til effekter av tvang.

Videre kommenteres en artikkel om pårørendes situasjon (en mindre, kvalitativ, australsk studie basert på fokusgruppe-metodikk) (45). Denne studien peker på at psykiatrilovgivningen ikke ga pårørende hjelp i forhold til å få tilgang til psykiatriske helsetjenester for sine familiemedlemmer, og at pårørende følte at de ikke ble lyttet til, at deres bekymringer ikke ble tatt hensyn til og at behandlingen bidro til å fremmedgjøre pårørende i forhold til pasienten, med tilsvarende vanskeligheter med å reetablere et godt forhold. Det refereres også til en belgisk artikkel der det pekes på at tvangsinnleggelse i hovedsak iverksettes fordi man mangler alternativer som pasientene kunne ha tatt i mot frivillig (46).

De artiklene som omhandler tvang uten døgn (outpatient commitment) er behandlet i avsnitt 3.3.6.

Forfatteren konkluderer med at bruken av tvang i det psykiske helsevernet er et område med økende oppmerksomhet, og at problemstillinger knyttet til tvang, og som det er behov for å belyse nærmere, er mange ("enormous").

#### **4. Salize HJ, Dressing H: Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? Curr Opin Psychiatry 2005; 18:576-84 (47)**

Hensikten med denne artikkelen er å gi en oversikt over resultater og diskusjonen omkring tvungent psykiske helsevern, basert på publiserte artikler i 2002 og 2003. Artikkelen fokuserer særlig på om det er sammenheng mellom bruk av tvang og kvaliteten på behandlingstilbudet. I dette perspektivet bidrar artikkelen i begrenset grad til å belyse kunnskap om effekter av tvang på behandlingsresultatet. I dette notatet er derfor omtalen av denne artikkelen begrenset til det som er relevant i forhold til effektproblematikken.

Av de i alt 54 referansene kommenteres fem studier der effekt av tvang er tema. Den første (48) er omtalt under avsnitt 3.3.2 artikkel nr. 5. De to neste artiklene

er begge av Rain og medarbeidere (49,50). Begge artiklene bruker oppfølging av behandling og bruk av medikamenter som outcomemål, men de har ulike resultater. I den ene undersøkelsen (49) ble pasientene fulgt i ett år etter utskrivning, og det ble ikke funnet at graden av opplevd tvang påvirket oppslutningen om behandlingen, mens i den andre studien (50) hadde pasienter med høyere grad av opplevd tvang, større egenrapportert oppslutning om behandlingen en måned etter utskrivningen, men ikke senere. Den fjerde studien (51) fant at tvang ved primærinnleggelsen og lengre opphold økte sjansen for reinnleggelser. Pasientene i denne studien ble fulgt opp i fem år. Forfatterne konkluderer med at effektene var så små at de ikke hadde klinisk betydning. Den siste studien (52) fant at psykose og alvorlighetsgraden ved innleggelse predikerte hyppigere tvangsinnleggelse i oppfølgingsperioden (ett år). Lenden av sykehusopphold hadde ingen effekt og forfatterne tolker dette funnet som et tegn på at liggetiden er blitt for kort.

De artiklene som omhandler tvang uten døgn (outpatient commitment) er behandlet i avsnitt 3.3.6.

Forfatterne konkluderer med at det ikke er mulig på grunnlag av den litteraturen de har gjennomgått å besvare spørsmålet om det er noen sammenheng mellom bruk av tvang og kvaliteten av det psykiatriske behandlingstilbudet. De peker videre på at det bortsett fra én artikkel (53), er det ingen av artiklene de har vurdert som ikke anerkjenner behovet for tvangsbehandling. Igjen trekkes manglende kvalitet ved studier om tvang frem som en generell svakhet ved forskningen innen det aktuelle området.

**3.3.2 Effekter av tvungent psykisk helsevern. Seks artikler som av forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet ble ansett som mest relevante (2007).**

- 1. Nicholson et al 1996. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. International Journal of Law and Psychiatry 19: 201-17 (54)**

Studie fra Oklahoma, USA. 123 pasienter (av 220 som fylte inklusjonskriteriene: fortløpende innleggelse i 3,5 mndr. 1993) ble intervjuet ved utskrivning. I tillegg brukte studien rutinedata fra innleggelsestidspunktet. 75 % var tvangsinnlagt. Outcomemål: GAS, Perceived Benefit from Hospitalization (PBH), Innleggelseslengde (LoS). I tillegg ble det brukt en rekke lite anvendte skalaer av liten betydning for vurderingen av effekten av tvang. *Det ble ikke funnet forskjeller mellom tvangsinnlagte og frivillig innlagte for bedring i symptomer (GAS) eller innleggelseslengde. Frivillig innlagte rapporterte mindre grad av opplevd tvang enn tvangsinnlagte.*

## **2. Kaltiala-Heino. Impact of coercion on treatment outcome. International Journal of Law and Psychiatry 1997; 20: 311-22 (55)**

Finsk studie. 100 pasienter oppfylte inklusjonskriteriene (fortløpende innlagt med psykosediagnose). Av disse fullførte 59 pasienter studien (55% tvangsinnlagte). Pasientene ble intervjuet to uker etter innleggelse og etter seks måneder. Outcome mål: GAF, BPRS bruk av helsetjenester og medikamenter. Tvang ble målt som formell legal innleggelsesstatus, bruk av tvangsmidler/tvangsbehandling og om pasienten selv mente innleggelsen var frivillig eller tvungen. *Resultatene viste ingen vesentlig forskjell i symptomutvikling (GAF/BPRS) for tvangsinnlagte sammenlignet med frivillig innlagte, og heller ikke for de som opplevde at de var tvunget til innleggelse sammenlignet med de som ikke opplevde slik tvang. Det var ingen forskjell i bruk av helsetjenester mellom formelt frivillig- og tvangsinnlagte, men de som opplevde innleggelsen som tvungen, brukte mindre medikamenter og mindre polikliniske tjenester ("mental health center's services"). Tvangsinnlagte rapporterte gjennomgående negative erfaringer fra innleggelsen.*

## **3. Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, Palmstierna T, Wallsten T: Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. Psychiatric Services 1997; 48: 1567-1570 (37)**

Svensk studie. 168 pasienter (halvparten formelt tvangsinnlagt) ble vurdert ved innleggelse og utskrivning (eller etter tre uker) av en psykiater og intervjuet av klinisk psykolog ved utskrivning (eller etter 3 uker). Hensikten var å vurdere outcome i lys av etiske gevinster ("beneficence" og autonomi) eller etiske

omkostninger (brudd på prinsippene om "beneficence" og autonomi).  
Outcomemål: GAF (Bedret=GAF score bedret med 10 poeng eller mer), selvrapport om endringer i psykisk helse (bedret/ikke bedret), pasientfornøydhets (fornøyd/ikke fornøyd) og autonomi (3 ja/nei spørsmål). *76% i begge grupper rapporterte at de hadde blitt bedre, mens 64% av tvangsinnlagte og 47% av frivillige var bedret bedømt ved GAF score. 46% av tvangsinnlagte og 54% av frivillig innlagte sa de var fornøyd med behandlingen. Flestparten av de tvangsinnlagte mente at deres autonomi var krenket (56 % av tvangsinnlagte som ble vurdert som bedret og 95 % av tvangsinnlagte som ikke var bedret).*

**4. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä A, Helenius H: Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Ment Dis 1999; 187:343-352 (56)**

Finsk studie som kartlegger forekomst av posttraumatisk stress sykdom (PTSD) hos pasienter med schizofreni som ble innlagt i en akutt fase. Hos pasienter som utviklet PTSD tok studien sikte på å finne ut i hvilken grad PTSD kunne tilskrives trekk ved psykosen eller tvangsinngrepet. I alt 46 pasienter gjennomførte studien (derav 26 tvangsinnlagte) . Det ble gjennomført to semistrukturert intervju (etter en og åtte uker), der det ble benyttet PANNS, Impact of Event Scale-Revised (IES-R) og Clinical-Administered PTSD Scale (CAPS). *Fem pasienter (11%) utviklet PTSD. Av symptomene på traumatisering ble 69 % tilskrevet psykosen, mot 24 %, som ble tilskrevet innleggelsen.*

**5. Steinert T, Schmid P. Effect of Voluntariness of participations in treatment on short-term outcome of patients with schizophrenia. Psychiatric Services 2004; 55: 786-91 (48)**

Tysk studie. 88 konsekutivt innlagte pasienter med psykose (schizophrenia and delusional disorders), hvorav 13 var tvangsinnlagt. Hensikten var å se på om frivillighet (vs tvang) i behandlingen påvirket behandlingsresultatet. Pasientene ble vurdert ved innleggelse og ved utskrivning. Mål for tvang var: Ved innleggelse: formell legal status, under oppholdet: formell legal status, om medikasjon var fysisk påtvunget (ja =tvang, nei=frivillig), rømt eller utskrevet mot medisinsk råd (ja= tvang, nei=frivillig) og villighet til å følge opp behandling etter

utskrivning (villig=frivillig, uvillig=tvang). Outcomemål: GAF og PANNS. *Det ble ikke funnet noen forskjell i bedring målt ved GAF og PANNS mellom de som var utsatt for tvang og frivillige pasienter.*

**6. Wallsten T, Kjellin L, Lindström L. Short term outcome of inpatient psychiatric care- impact of coercion and treatment characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology. 2006; 41:975-980 (57)**

Svensk studie. 161 konsekutive, formelt tvangsinnlagte og like mange tilfeldig utvalgte umatchedde frivillig innlagte pasienter ble intervjuet senest fem dager etter innleggelsen. Av disse ble 235 intervjuet på nytt enten ved utskrivning eller tre uker etter innleggelsen. Outcome ble målt enten som "Subjektivt outcome", kategorisert som bedret eller ikke-bedret basert på hva pasientens svarte på spørsmålet: "Considering your mental problems, how do you feel now compared with at the time of admission?", eller "Bedømt outcome" (bedømt av forskerne) som også ble delt inn i bedret eller ikke-bedret, der bedring var definert som en bedrig i GAF-score på 10 poeng eller mer. Ved utskrivning rapporterte 67% av alle pasientene at de var subjektivt bedret, mens 58% ble bedømt som bedret. *Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom formell legal status ved innleggelse (frivillig eller tvangsinnlagt) og subjektivt eller bedømt outcome. Det var heller ingen sammenheng mellom opplevd tvang (målt ved MPCS eller CL) eller bruk av tvangsmidler og de to outcome-målene.*

**3.3.3 Andre artikler om effekter av tvungent psykisk helsevern**

Her vil utvalgte artikler som enten er publisert etter mai 2007 eller som er publisert tidligere, men som ved Forskergruppens gjennomgang ikke var med i artiklene som hadde best kvalitet.

**1. Iversen KI., Høyer G., Sexton H. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. International Journal of Law and Psychiatry 2007; 30: 504-511 (15)**

Nittito pasienter som ble intervjuet kort tid etter innleggelse til tre norske akuttavdelinger, fylte ut et skjema om pasienttilfredshet ved utskrivningen. Det ble også samlet inn data om bruk av tvang som omfattet både formell innleggelsesstatus, opplevd tvang, tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk og

vedtak om tvungen ettervern. Det ble funnet en sammenheng mellom samlet bruk av tvang og tilfredshet, slik at jo mer tvang pasientene ble utsatt for, desto lavere tilfredshet.

**2. Kjellin L., Westrin CG., Eriksson K. et al. Coercion in psychiatric care: Problems of medical ethics in a comprehensive empirical study. Behavioral Sciences and the Law 1993; 11: 323-334 (39)**

I alt 100 tvangsinnlagte pasienter ble sammenlignet med 99 matchete frivillig innlagte kontroller. Disse ble intervjuet ved innleggelse, ved utskrivning eller etter 3 uker, og etter 4-8 måneder. I alt 74 pårørende til tvangsinnlagte og 81 pårørende til frivillig innlagte ble intervjuet ved utskrivning eller etter 3 uker, og etter 4-8 måneder. I tillegg besvarte 343 ansatte ved de to aktuelle sykehusene et spørreskjema, mens 631 primærleger, sykepleiere og sosialarbeidere som arbeidet med psykiatriske pasienter i primærtjenesten besvarte et tilsvarende spørreskjema. Det er ikke gjengitt statistiske analyser av resultatene, men det ser ikke ut til å være forskjell mellom symptomer målt med GAS mellom formelt frivillige og tvangsinnlagte etter 4-8 måneder på tross av at de tvangsinnlagte hadde dårligere GAS score ved innleggelsen. Ved utskrivning/3 uker rapporterte to tredjedeler av tvangsinnlagte og 90% av frivillige pasienter at de aksepterte innleggelsen. 75% av de tvangsinnlagte og 60% av de frivillige opplevde bivirkninger av medikamentell behandling; mens psykiaterne svarte at 82% av tvangsinnlagte og 63% av frivillige hadde slike bivirkninger. 44% av ansatte svarte at de hadde utøvet tvang overfor frivillig innlagte pasienter. Halvparten av de tvangsinnlagte og 42% av frivillig innlagte svarte at deres integritet hadde blitt krenket under innleggelsen.

**3. Kjellin L., Andersson K., Bartholdson E. et al. Coercion in psychiatric care: Patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. Nord J Psychiatry 2004; 58: 153-159 (38)**

I alt ble 138 tvangsinnlagte og 144 frivillig innlagte pasienter fra fire svenske psykiatriske sykehus intervjuet ved innleggelse og ved utskrivning eller etter tre uker (henholdsvis 118 og 117 tvangsinnlagte og frivillige). Ved utskrivning eller 3 uker etter innleggelse ble også pårørende intervjuet. Hensikten med studien var først og fremst å sammenligne de fire ulike sykehusene, slik at resultatene i



liten grad sammenlignet effekter for alle pasientene etter om de var tvangsinnlagte eller ikke. Det er likevel verdt å merke seg at 68% av de tvangsinnlagte følte seg bedre ved utskrivning eller etter 3 uker enn de gjorde ved innleggelsen, men bare 32% ønsket samme behandling på nytt om en lignende situasjon skulle oppstå. Tilsvarende tall for frivillig innlagte var henholdsvis 67% og 53%.

**4. Priebe S, Katsakou C, Amos T et al. Patient's views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. British J of Psychiatry 2009; 194: 49-54 (58)**

Av 1570 tvangsinnlagte pasienter fra 22 engelske sykehus, ble halvparten intervjuet i løpet av den første uken etter innleggelse. 51% av de som ble intervjuet ved innleggelsen ble intervjuet på nytt etter ett år. Førti prosent av de som ble intervjuet etter ett år mente at den opprinnelige innleggelsen var berettiget. Høyere funksjonsnivå predikerte mindre grad av aksept av tvangsinnleggelsen. 15 % var reinnlagt med tvang i løpet av oppfølgingstiden. Ytterligere 11% var reinnlagt frivillig.

**5. Øhlenschläger, J. Coercion in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. Ph.D Thesis. Faculty of health sciences, University of Copenhagen, 2006. (59)**

Denne danske doktorgradsavhandlingen er basert på tre artikler hvorav en av dem belyser effekter av tvang. Studiedesignet er noe annerledes enn de øvrige studiene det er referert til i dette avsnittet, da problemstillingen i denne artikkelen er om introduksjonen av særlige behandlingsopplegg kan bidra til å redusere bruk av tvang. I studien ble pasientene randomisert til enten "integrated care" (ACT, psyko-edukative multi-familie grupper og sosial ferdighetstrening) eller standard behandling. Det ble ikke funnet noe forskjell i tvangsbruk mellom de to gruppene. Registreringen av tvangsbruk var begrenset til den delen av behandlingen som foregikk som døgnopphold i sykehus.

**6. Bindman J. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement in follow up. A cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 160-166 (7)**

Av 118 fortløpende innleggelser til et sykehus i London, ble 100 intervjuet ved innleggelse og fulgt opp i gjennomsnitt 7 måneder etter utskrivning (n=95). Ved innleggesintervjuet var 33% tvangsinnlagt eller tvangstilbakeholdt. Ytterligere seks pasienter ble tvangstilbakeholdt i løpet av indeksoppholdet, men etter intervjuet. Ved oppfølging ble følgende effektmål brukt: antall dager der behandlingsavtaler ikke ble fulgt, antall dager reinnlagt, global rating of compliance og beste funksjon i henhold til Health of the Nation spørreskjema (HoNOS). Verken formell tvang eller opplevd tvang påvirket noen av effektmålene.

**7. Fennig S., Rabinowitz J., Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatric Services* 1999; 50 (8): 1049-1052 (60)**

Hensikten med studien var å se om legal status ved førstegangs innleggelse predikerte legal status ved senere innleggelser. Studien er basert på registerdata og inkluderer alle førstegangs schizofrenier i Israel i perioden 1978-92. Konklusjonen er at legal status ved innleggelse ikke viste noen sammenheng med antall reinnleggelser, men det ble påvist at det var større sjanse for å bli reinnlagt med tvang dersom førstegangsinnleggelsen skjedde med tvang.

**8. Valevski A., Olfson M., Weizman A., Shiloh R. Risk of readmission in compulsory and voluntarily admitted patients. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol.* 2007; 42(8): 669-676 (61)**

I alt 6656 fortløpende innleggelser til ett sykehus i Israel ble registrert i perioden 1994-2005, og fordelt etter formell legal innleggesstatus i tre grupper: frivillige innleggelser (n=5442), domstolsbesluttete (n=147) og psykiaterbesluttete (n=1067) tvangsinnleggelser. Det var bare pasienter som ble gjeninnlagt som var med i analysene. Pasienter som var tvangsinnlagt hadde mindre sjanse for gjeninnleggelse. Til gjengjeld var varighet av indeksinnleggelsen vesentlig lengre for tvangsinnlagte enn for frivillig innlagte. Tvangsinnlagte på grunnlag av domstolsbeslutninger var yngre og hadde lavere dødsalder enn de andre gruppene selv om standard mortalitets rate (SMR) var lik for de tre gruppene.

**9. Van der Post L., Schoevers R., Koppelmans V. et al. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry (ASAP-I), A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary interventions in a metropolitan area. BMC Psychiatry 2008; 8: 35 (62)**

Av de ca 4600 pasientene som årlig er i kontakt med akuttjenestene i Amsterdam, er det trukket et tilfeldig utvalg av 125 tvangsinnlagte pasienter og like mange matchete kontroller. Disse vil bli fulgt i to år. Denne artikkelen beskriver metode og problemstillinger, men inneholder ikke resultater da datainnsamlingen ikke er ferdig. Artikkelen nevnes likevel fordi den ser ut til å være metodologisk grundig, slik at det er grunn til å se frem til resultatene blir publisert.

**10. Large MM, Nielssen Olav Helge, Ryan JC., Hayes R. Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43(2): 251-6 (63)**

Denne studien ser på sammenhengen mellom varighet av ubehandlet psykose (DUP) og vilkår for tvungent psykisk helsevern i ulike jurisdiksjoner. De inkluderte studier fra ni jurisdiksjoner uten et obligatorisk farlighetsvilkår for tvangsinnleggelse, og et ikke oppgitt antall jurisdiksjoner (minimum 7, men USA er oppgitt som ett land. I alt 11 studier fra USA er inkludert og alle i jurisdiksjoner med obligatorisk farlighetsvilkår). Studien finner at gjennomsnittlig DUP ved schizofreniforme lidelser er lengre i jurisdiksjoner med obligatorisk farlighetsvilkår enn stater der farlighetsvilkåret ikke er obligatorisk. For median lengde av DUP ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom ulike jurisdiksjoner. Forfatterne advarer mot å trekke konklusjonen at det er en kausal sammenheng, men hevder at en del av den påviste forskjellen er en direkte følge av legale vilkår i de ulike statene som inngår i studien. Den samme forskergruppen har sett om innføringen av farlighetsvilkår i USA har påvirket selvmordsratene (64), men fant ikke holdepunkter for en slik sammenheng.

**11. Feigon S., Hayes JR: Outcomes for psychiatric patients following first admission: Relationship with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. Psychological Report 2001; 88: 1012-14. (65)**

Dette er en registerstudie der 943 pasienter ble tilfeldig trukket ut fra 16 649 innleggelse til ett sykehus i Texas, USA. Disse ble fulgt i fem år for å se på mønsteret av reinnleggelse. Den eneste sammenhengen som ble funnet mellom antall reinnleggelse og pasientkarakteristika, var at tvangsinnlagte og de med lang liggetid ved indeks-innleggelse hadde økt sjans for reinnleggelse.

**12. Steinert T., Schmidt P. Voluntariness and coercion in patients with schizophrenia. Psychiatr prax. 2004; 31(1): 28-33 (på tysk) (66)**

I alt 88 konsekutive pasienter med schizofreniforme psykoser ble inkludert, Tvang/frivillighet ble vurdert i forhold til innleggelse, opphold, medikamentell behandling og oppfølging. Outcome-mål var PANSS og GAF og et mål for rehospitalisering. Ingen av disse outcome-målene var assosiert med bruk av tvang. Forfatterne konkluderer med at kort tids outcome ved innleggelse av pasienter med akutte schizofreniforme psykoser, ikke påvirkes av bruk av tvang.

### **3.3.4 Kvalitative studier**

På grunnlag av de litteratursøkene som er gjort er det bare identifisert fire artikler der kvalitative metoder er brukt. Disse skal kort omtales her

**1. Katsakou C., Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. Epidemiol Psychiatr Soc 2007; 16(2): 172-8 (67)**

Dette er en reviewartikkel basert på fem artikler. De viktigste tema for pasientene i disse studiene var pasientenes autonomi, deltakelse i beslutninger som angikk dem, følelse av at noen brydde seg om dem og deres opplevelse av identitet. Pasientene fortalte om både positive og negative opplevelser knyttet til disse tema i forbindelse med bruk av tvang. Forfatterne av denne artikkelen peker på at det er metodologiske svakheter ved de inkluderte studiene.

**2. Watts J., Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. Bioethics 2002; 16(5): 439-54 (68)**

Denne studien omfattet intervjuer med 12 pasienter med fokus på dilemmaer knyttet til blandingen av behandling og sosial kontroll som er til stede ved ACT

behandling. Resultatene tyder på at pasientenes mangel på oppfølging i ACT programmer like mye er betinget i historiske og kulturelle forhold enn et resultat av mangel på innsikt.

**3. Kuosmannen L., Hätönen H., Malavaara H. Et al. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. Nursing Ethics 2007; 14(5): 597-607 (69)**

51 frivillige og tvangsinnlagte pasienter fra to lukkede avdelinger ble intervjuet i forbindelse med utskrivningen. I denne studien beskrives pasientenes erfaringer med tvang som entydig negative. De følte seg plaget og triste ved at de ikke kunne forlate avdelingen. Beslag av eiendeler ble sett på som unødvendig, og de følte seg ydmyket ved at de ikke kunne disponere egne penger og personlige eiendeler annet enn til forhåndsbestemte tider. De så på tvang som en unødvendig bruk av makt. Noen kunne likevel se at det var grunner for bruke tvang som en nødvendig del av sykehusoppholdet. Forfatterne beskriver studien som eksplorativ siden de skriver at det er lite kunnskap på dette området.

**4. Haglund K., Von Knorring L., Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: Patients' experiences and nurse perceptions. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003; 10; 65-72 (70)**

Denne artikkelen er omtalt under da den inngår i de artiklene som er tatt med i oversiktsartikkelen om tvangsbehandling (artikkel 1 i avsnitt 3.3.5).

**3.3.5 Effekter av tvangsbehandling**

Dette kapittelet tar mer spesifikt opp erfaringene med tvangsbehandling per se. Det var få av de 55 artiklene i Liste 2 som faktisk vurderte resultatene av tvangsbehandling sammenlignet med frivillig behandling, og av de artiklene som gjorde det, konkluderte Forskergruppen, med at ingen hadde god kvalitet. Fremstillingen her begrenses til den eneste reviewartikkelen vi har funnet på dette området (71), og deretter kortfattet kommentere de artiklene som i Forskergruppens diskusjon ble funnet å være mest relevante.

**1. Jarett M., Bowers L., Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. Journal of Advanced Nursing 2008; 64(6): 538-548. (71)**

Hensikten med denne studien var å belyse tvangsmedisinering i psykiatrien for å beskrive karakteristika ved de pasientene som blir utsatt for dette, samt pasientenes og personalets syn på tvangsmedisinering. Aktuelle artikler ble funnet ved søk i Medline, Embase, CINAHL, psychINFO, Cochrane basene, Database of Abstracts of Reviews of Effect og American College of Physicians Journal Club med søkeordene: Coerc\$, forc\$, psychiatr\$, chemical restraint, rapid tranquilization and combinations of medication, inpatient and inpatient psychiatric ward. Funnene ble supplert med referanser fra de artiklene som ble identifisert i søket. Det er ikke oppgitt hvor mange treff søkene medførte, men i alt 14 studier ble inkludert. Det var ingen randomiserte studier, antall pasienter som var inkludert var få, og få hadde kontrollgrupper. Studier som brukte psykopatologi- eller compliance outcome ble ekskludert i tråd med formålet av gjennomgangen. Dette illustrerer de uklare skillene mellom tvangsmedisinering som tvangsmiddel og tvangsmedisinering i behandlingsøyemed. Forfatterne har primært ledd etter litteratur om tvangsmedisinering som tvangsmiddel, og reviewet har således mindre interesse for tema i dette notatet. Like fullt er fire av de 14 studiene basert på tvangsmedisinering i behandlingsøyemed, og rapporterer minst ett outcomemål. En studie fant lengre LoS for de som ble tvangsmedisinert (72). Samme forskergruppe fant i en senere studie at 60% i ettertid aksepterte tvangsmedisineringen, selv om de fleste følte sinne, frykt og ydmykelse, men også lettelse (73). I en svensk kvalitativ studie av 11 pasienter og 11 sykepleiere (70) ble det funnet klare forskjeller mellom sykepleiernes og pasientenes erfaringer. Mens sykepleierne fokuserte på bedringsmulighetene, fokuserte pasientene på negative opplevelser. Sykepleierne nevnte aldri alternativer til tvangsmedisinering, mens alle pasientene nevnte minst ett alternativ. I en spørreskjemaundersøkelse (74) utviklet og administrert av brukere (n=105, hvorav 28 tvangsmedisinert), ble det funnet at tvangsmedisinering i hovedsak ble opplevd som negativt selv om ca. halvparten aksepterte inngrepet i ettertid. I den siste studien som omtales her (75) sammenlignet man de som i ettertid aksepterte tvangsmedisineringen (n=17) med de som ikke gjorde det (n=8). De som ikke aksepterte tvangsmedisineringen

skåret høyere på BPRS (dvs de var dårligere). Grunnene til pasientenes nekting av medikamentell behandling ble oppgitt å være bivirkninger og psykotiske forestillinger.

Forfatterne konkluderer slik: "There is a dearth of literature in the area of coercion in the administration of medication and much more research is needed examining all aspects of this contentious practice" (71).

## **2. Appelbaum PS., Gutheil TG. Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. Am J Psychiatry 1980; 173(3): 240-6 (76)**

Følgene av i alt 72 episoder av nekting av å ta medikamenter ble vurdert blant døgnpasienter i et kommunalt "mental health center". I bare fem tilfelle førte disse nektingene til at behandlingsresultatet ble dårlig.

## **3. Christensen TB., Onstad S. Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling. Tidsskr Nor lægeforen 2003; 123: 921-4 (77)**

Artikkelen beskriver praksis fra én avdeling i Oslo, men omfatter ikke effekt av behandlingen. Artikkelen nevnes likevel i denne oversikten fordi det er den eneste publikasjonen fra Norge som har tvangsmedisinering som tema. Det eksisterer riktignok to upubliserte studier om tvangsbehandling med medikamenter (78,79). Begge er deskriptive og tar ikke opp effektene av tvangsbehandling.

### **3.3.6 Tvang uten døgnopphold (TUD)**

Den eneste faktiske tvang som er hjemlet i psykisk helsevernloven ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er begrenset til at pasienten mot sin vilje kan bringes fra bopel/oppholdssted til institusjonen som er ansvarlig for vedtaket om TUD, slik at kontakten mellom pasient og behandler opprettholdes<sup>11</sup>. Om det i tillegg er fattet vedtak om tvangsbehandling med legemidler (eller annen behandling i henhold til § 4-4 i psykisk helsevernloven) kan det gis medikamenter (eller annen behandling) uten pasientens samtykke. Når man

---

<sup>11</sup> I tillegg er det enklere prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for pasienter på TUD, men det er ikke rimelig å anse dette som en tvangsfullmakt innenfor TUD-ordningen.

skal vurdere effektene av tvangen ved TUD blir følgelig frihetsberøvelsesaspektet mindre relevant<sup>12</sup>.

Hensikten med TUD er at pasienter som ikke vil eller evner å følge opp behandlingen utenfor institusjon, likevel skal motta slik behandling, om så mot sin vilje, for på denne måten å unngå reinnleggelser. Tanken er at pasienter på TUD vil ha en bedre behandlingscompliance enn om det ikke var fattet vedtak om TUD, og at dette vil føre til et bedre behandlingsresultat enn uten TUD. Spørsmålet er om dette kan bekreftes gjennom empiriske forskningsresultater. I hovedsak omfatter innholdet i behandlingen som gis innenfor TUD rammen, alltid medikamentell behandling (80), slik at effektene av behandlingen ved TUD som regel dreier seg om effekter av tvangsmedisinering.

Det finnes etter hvert et stort antall publikasjoner om erfaringene med TUD. Bare fra MacArthur gruppen er det skrevet 144 publikasjoner om TUD i perioden 2001-2009 ([www.macarthur.virginia.edu](http://www.macarthur.virginia.edu)). Det er også utført en Cochrane gjennomgang om TUD (81). I tillegg er det publisert flere oversiktsartikler. Gjennomgangen her tar utgangspunkt i Cochrane vurderingen og oversiktsartiklene. Øvrige artikler vil bare bli omtalt i den grad de tilfører informasjon om behandlingseffekter ved bruk av TUD.

**1. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2 (81)**

I denne Cochrane gjennomgangen ble det kun funnet to randomiserte studier der man sammenlignet TUD med standard behandling (frivillig ettervern). Disse to artiklene (4,5), (som også inngikk i "de åtte beste" som Forskergruppen fant), er omtalt i mer detalj under. Konklusjonen som trekkes i Cochrane-gjennomgangen er at det ikke ser ut til at TUD gir et bedre behandlingsresultat enn standard behandling bedømt ved en rekke outcomemål: Bruk av

---

<sup>12</sup> Pasienter med vedtak om TUD har ingen innskrenkninger i bevegelsesfrihet og det kan heller ikke gjennomføres behandling med tvang i pasientens bopel, men indirekte kan det tenkes at selve vedtaket om TUD oppleves som en begrensning av personlig frihet i og med at man er fratatt muligheten til selv å bestemme om man vil ta imot behandling eller ikke.



helsetjenester, sosial funksjon, livskvalitet eller psykopatologi. Den eneste forskjellen som ble påvist var at personer under TUD hadde mindre sannsynlighet for å bli offer for voldshandlinger enn de som fikk standard behandling. Bedømt etter "Number needed to treat" (NNT), må man iverksette TUD for 85 personer for å forhindre én innleggelse til døgnopphold, og 238 personer for å forhindre én arrestasjon.

**2. Kisely S., Campbell LE., Scott A. et al. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine 2007; 37: 3-14 (82)**

Denne reviewartikkelen utgår fra den same forskergruppen som sto bak Cochrane gjennomgangen, men de har her også inkludert såkalte CBA-studier (controlled before and after). Litteratursøk med søkeordene "community treatment order, involuntary out-patient treatment, involuntary out-patient commitment, extended leave og supervised discharge" ga 7356 treff. Ut fra dette ble 106 studier vurdert å være relevante, men bare 41 artikler oppfylte inklusjonskriteriene, og av disse ble ytterligere 33 ekskludert på grunn av svakheter i design. De åtte artiklene som ble endelig vurdert var basert på fem studier, hvorav to RCT- og tre CBA studier (83-85). RCT studiene var de samme som inngikk i Cochrane gjennomgangen (81).

Denne gjennomgangen bekreftet konklusjonene fra Cochrane reviewet fra 2005. Det var ingen forskjeller mellom personer på TUD og frivillig ettervern ved 12 måneders oppfølgingstid med hensyn til antall gjenninnleggelser, tid før reinnleggelse eller behandlingscompliance. Den eneste forskjellen var at de på TUD hadde mindre sjanse for døgnopphold av mer enn 100 dagers varighet.

**3. Swartz, M. S., Swanson, J. W. Involuntary outpatient commitment, Community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? Canadian journal of psychiatry 2004; 49: 585-591 (86)**

Litteraturgjennomgangen omfatter naturalistiske og kvasi-eksperimentelle studier, i tillegg til at de to RCT studiene som er omtalt over, drøftes i denne

artikkelen. Forfatterne konkluderer med at det i en viss grad er holdepunkter for at TUD er effektiv, men tar forbehold på grunn av metodologiske problemer med studiene. Det understrekes at eksisterende forskningslitteratur viser at TUD ikke kan erstatte eller kompensere for manglende kvalitet i tjenester utenfor institusjon, men snarere at TUD bare er effektiv i kombinasjon med mange og godt utbygde polikliniske tilbud, enten i kommunene eller som en del av spesialisthelsetjenesten.

**4. Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, R. R., et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severe mentally ill individuals. American Journal of Psychiatry, 1999; 156, 1968-75 (4)**

Dette er den ene av de to RCT studiene som inngår i Cochrane basen om TUD. Her ble pasienter tvangsinnlagt i institusjon randomisert på utskrivningstidspunktet til TUD (n=129) eller frivillig ettervern (n=135), og fulgt opp i ett år etter utskrivning fra døgnopphold. I analysene ble pasientene på TUD delt i to grupper: de med TUD i seks måneder eller mindre og de med TUD i seks måneder eller mer. Resultatene viste at de som hadde mer enn seks måneders TUD hadde signifikant færre innleggelses og antall liggedøgn i institusjon sammenlignet både med de med kort TUD og kontrollene. Antall konsultasjoner/bruk av tjenester ("Service events") per måned viste at de med mer enn tre slike konsultasjoner per måned og som var under TUD i størst grad var de som unngikk reinnleggelses og hadde lavest forbruk av døgnopphold i institusjon. Forfatterne konkluderer med at en forutsetning for at TUD kan være effektivt er at det samtidig finnes et godt utbygget og forpliktende behandlingstilbud.

I en senere studie fra den samme forskergruppen (87) basert på samme data, rapporterer forfatterne mer detaljert om forbruk av helsetjenester. Studiene bekrefter funnene fra den opprinnelige artikkelen.

**5. Steadman HJ, Guonis K, Dennis D et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. Psychiatric Services 2001; 52 (3): 330-6 (5)**

Dette er den andre RCT studien som inngår i Cochranegjennomgangen av TUD. I studien ble 142 pasienter skrevet ut fra tvungen psykisk helsevern med døgnopphold og randomisert til TUD med et forsterket behandlingsopplegg utenfor institusjon (n=78), mens 64 ble utskrevet til det samme behandlingsopplegget, men uten tvang. Alle ble fulgt opp i 11 måneder etter utskrivning. Outcomemål var: gjeninnleggelser, arrestasjoner, livskvalitet, symptomer, behandlingscompliance og opplevd tvang. Det ble ikke iverksatt noe forsøk på å hente inn igjen pasienter som falt ut av programmene, verken for de med frivillig eller de med tvungent ettervern. Personer som ble ansett som voldelige ble ekskludert fra studien. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom de to gruppene for noen av outcomemålene, bortsett fra at antallet pasienter med multiple innleggelser i oppfølgingsperioden i større grad var redusert for kontrollgruppen enn for TUD gruppen, sammenlignet med året før indeksinnleggelsen. Samtidig var det slik at reinnleggesfrekvensen totalt sett gikk signifikant ned i oppfølgingstiden sammenlignet med året før for begge gruppene.

Ved en ny vurdering av TUD i New York State, utført av New York Office of Mental Health, etter at TUD hadde vært i kraft i fem år (88) , ble det funnet at pasienter som hadde vært underlagt TUD vedtak i seks måneder, hadde 100% oppslutning om behandlingsavtaler, bedre medikamentcompliance og en vesentlig reduksjon i reinnleggelser, hjemløshet og kriminalitet sammenlignet med de samme pasientene før det ble fattet TUD vedtak. Det var ingen kontrollgruppe, og spørsmålet om det er det økte tilbudet om tjenester som følger med TUD eller tvangsrammene knyttet til TUD var ikke mulig å besvare.

#### **6. Winnick BJ. Outpatient commitment. A Therapeutic Jurisprudence Analysis. Psychology, Policy and Law 2003; 9: 107-144 (89)**

Dette er en debattartikkel som skiller seg ut fra mye av den øvrige litteraturen om TUD. Den analyserer TUD i et såkalt "therapeutic jurisprudence" perspektiv. Therapeutiv Jurisprudence er en analysetradisjon som ser på hvorledes de legale vilkår for bruk av tvang (eller mer konkret hvorledes de praktiseres) forsterker eller reduserer mulighetene for et godt terapeutisk resultat. Forfatteren understreker betydningen av at pasienten føler at han eller hun har

hatt innflytelse på beslutninger som fattes, og peker på at selv tvangsvedtak kan oppleves som akseptabelt, dersom personen opplever at vedtaket i vesentlig grad er et resultat av eget valg. Med et slikt utgangspunkt vil sjansen for et bedre behandlingsresultat øke, mens en opplevelse av at behandlingen skjer med tvang og i strid med personens valg, tilsvarende vil øke sjansen for et dårlig resultat av samme behandling. Som støtte for synet om at opplevelsen av at behandlingen er et resultat av eget valg gir et bedre behandlingsresultat, oppgis tre referanser (90-92).

Av særlig interesse for fremstillingen i dette notatet er forfatterens påpeking av at de mest brukte outcomemålene som bruk av helsetjenester, gjeninnlegelser og behandlingscompliance ikke er gode mål for om behandlingen i seg selv fører til bedring eller ikke. Det pekes også på at spørsmålet om TUD medfører behandlingsmessige fordeler eller ikke er umulig å svare på basert på eksisterende empirisk kunnskap. Samtidig hevder forfatteren at de potensielt gunstige mål med TUD i form av større oppslutning om behandlingen utenfor institusjon bedre kan oppnås ved å bygge ut lett tilgjengelige og gode frivillige tilbud.

#### **7. Erickson SK. A retrospective examination of outpatient commitment in New York. Beh Sci Law 2005; 23: 627-645 (93)**

100 pasienter som enten var eller hadde vært under TUD ble retrospektivt vurdert. Det var ingen kontrollgruppe, men for mange outcomemål fungerte pasientene som sine egne kontrollere (sammenligning mellom situasjonen før og etter TUD vedtak). Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 18 måneder på TUD. På grunn av metodologiske begrensninger, var de eneste områdene det var mulig å sammenligne en frivillig periode uten døgnopphold (2 år) før en TUD periode med en TUD periode, antall reinnlegelser til døgnopphold og vold. Antall døgnopphold og antall voldsepisoder gikk signifikant ned under TUD.

#### **8. Rigley S. Borum R., Petrila J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states. RAND MR-1340-CSCR, 2001 (94)**

Denne rapporten er basert på en gjennomgang av TUD praksis i åtte stater i USA for å se hvilke effekter TUD har. Dette var oppdragsforskning i forbindelse med at California vurderte å innføre en TUD ordning. Rapporten konkluderte med at det ikke var mulig å besvare spørsmålet basert på eksisterende forskning. Der det var rapportert gode resultater var TUD koblet til god og omfattende behandling, men det var i følge forfatterne ikke mulig å si om det var TUD eller det gode behandlingstilbudet som førte til et godt resultat.

**9. Kisely S et al. Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? – The experience of Western Australia and Nova Scotia. Int J Law Psychiatr 2006; 29: 507-515 (95)**

I denne studien ble 274 pasienter underlagt TUD i Western Australia sammenlignet med kontroller både fra samme jurisdiksjon og fra kontroller fra Nova Scotia i Canada der det ikke er mulighet for TUD (Tilsammen 265 kontroller). Det ble ikke funnet færre innleggelse eller liggedøgn for pasienter på TUD sammenlignet med kontrollene. Pasienter på TUD hadde signifikant flere kontakter med behandlingsapparatet, men det var ikke mulig å si om dette skyldtes tvangsrammen eller at tilbudene var flere og bedre.

**10. Preston NJ., Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. BMJ 2002; 324(May 25): 1244-1249 (96)**

Målsettingen med denne studien var å se om TUD reduserte bruk av helsetjenester sammenlignet med pasienter uten TUD. I alt ble 228 pasienter med TUD inkludert og like mange matchete kontroller. Outcomemål var reinnleggelse, liggedøgn og antall kontakter med behandlingsapparatet. Oppfølgingstid var ett år etter at det var fattet vedtak om TUD. I tillegg til sammenligning mellom gruppene var det samlet inn data som gjorde det mulig å sammenligne TUD gruppen og kontroller for forbruk av helsetjenester i tiden før og etter indeksvedtaket om TUD. Både pasienter med TUD og kontrollene hadde redusert bruk av døgnopphold og liggedøgn i oppfølgingsperioden. Pasienter med TUD hadde signifikant flere kontakter med polikliniske tjenester enn kontrollene. Forfatterne konkluderer med at TUD i denne studien ikke medførte redusert bruk av helsetjenester.

**11. Vaughan K., McConaghy N., Wolf C. et al. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. Australian and New Zealand J of Psychiatry 2000; 34: 801-808 (97)**

Denne studien sammenlignet 123 pasienter med schizofrenispektrum lidelser som fikk førstegangs TUD vedtak med like mange matchete kontrollere. Outcomemål var medikamentcompliance, antall kliniske tjenester som ble brukt og varighet av symptomer etter reinnleggelse. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var nær 28 måneder. På tross av matching hadde pasientene som fikk TUD signifikant lengre liggetid ved innleggelsen enn kontrollene. Studien viste at pasientene på TUD hadde redusert antall liggedøgn sammenlignet med tiden før TUD, men fortsatt lengre liggetid enn kontrollene. Pasienter på depotmedikasjon hadde større reduksjon i liggedøgn enn de med peroral medikasjon. Antall kontakter med behandlingsapparatet for pasienter på TUD økte og var i oppfølgingstiden likt med kontrollene. For pasientene på TUD ble varigheten av symptomer redusert i oppfølgingstiden, men det var usikkerhet knyttet til denne vurderingen. I følge forfatterne gjør ulikheter i TUD gruppen og kontrollgruppen det vanskelig å trekke sikre slutninger fra studien.

**12. Hiday V., Scheid-Cook TL. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. Hosp Community psychiatry 1989; 40: 52-59 (98)**

I denne studien ble pasienter som ble satt på TUD etter en domstolsvurdering (n=68) sammenlignet med pasienter som ble lagt inn til døgnopphold (n=68) eller ikke fikk noe tvangsvedtak (n=12) ved tilsvarende domstolsvurdering, og fulgt opp i seks måneder. De tre gruppene var ulike på en rekke områder (alder, tidligere innleggelse, rase, utdanning, arbeid og sivil status). Pasientene på TUD brukte i signifikant større grad ettervernstjenestene og hadde større compliance sammenlignet med de to andre gruppene.

**13. Munetz MR., Grande T., Kleist J., Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. Psychiatric services 1996; 47(11): 1251-1253 (99)**

Tyve pasienter som fikk et TUD vedtak ble vurdert i forhold til antall innleggelser til døgnopphold, antall liggedøgn og kontakter med case manager et år før og etter TUD vedtaket. For disse pasientene ble antall innleggelser, liggedøgn og kontakter med akuttjenestene signifikant redusert, mens antall konsultasjoner med polikliniske psykiatritjenester gikk opp.

**14. Swartz M., Swanson J., Wagner R. et al. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. Journal of Nervous and Mental Diseases 2001; 189: 583-92 (100)**

Denne studien bygger også på data fra den randomiserte studien omtalt som artikkel 4 i dette avsnittet, men i denne studien er det også inkludert pasienter som fikk TUD og som hadde begått alvorlig voldskriminalitet, og som ikke ble med i randomiseringen til TUD eller frivillig ettervern. Effektmålet for studien var behandlings-compliance. For de med langvarig TUD (over seks måneder) var compliance bedre både med hensyn til å holde behandlingsavtalene og å bruke medikamenter. De som sto på depotmedikasjon hadde bedre compliance uavhengig av TUD lengden.

**3.3.7 Cochrane gjennomganger**

Det er bare gjennomført to Cochrane gjennomganger der tvang er et tema. Den ene er fra 2005, og vurderer effekten av TUD (81). Den er omtalt under punkt 3.3.6. Den andre har gått igjen effekten ved bruk av tvangsmidler. Da tvangsmidler faller utenfor tema for dette notatet vil bare konklusjonen av denne gjennomgangen gjengis senere i dette avsnittet.

Flere andre Cochrane gjennomganger har indirekte interesse for problemstillinger knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevernet, ved at de uttaler seg om effekter av psykiatrisk behandling generelt. I dette notatet er omtalen av slike reviewer med relevans for effekter av behandling med eller uten tvang, begrenset til oppstillingen under, der hovedkonklusjonen er angitt uten øvrige kommentarer.

**Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub2 (101)**

Det ble ikke funnet holdepunkter for at korte døgnopphold bidro til "svingdørs-fenomet" (det vil si mange – og flere - korte innleggelses), eller bidro til dårligere behandling sammenlignet med lengre liggetider. Etter to års oppfølging var en større andel av de med kort tids innleggelses i arbeid. Data som ligger til grunn for konklusjonen er begrenset, og det anbefales at det iverksettes større og bedre studier.

**Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005963. DOI: 10.1002/14651858.CD005963.pub2 (102)**

Det er for få studier av god kvalitet slik at det ikke er mulig å trekke noen konklusjoner om effektene av advanced directives. Det ser ut som om mer omfattende advanced directives er lovende (more intence forms of AD).

**Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD000453. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2 (103)**

Hensikten var å se på effekten av vernet boliger ("supported housing", dvs boliger med personal til stede) sammenlignet med oppsøkende støtteprogrammer eller standard ettervern for personer med alvorlige sinnslidelser. Det ble ikke funnet noen studier av tilstrekkelig kvalitet til at det ble trukket noen konklusjoner.

**Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2 (104)**

Gjennomgangen bygger på 25 RCT studier. Det ble ikke funnet holdepunkter for at noen typer psykososial behandling var bedre enn standard behandling for å begrense rusbruk hos pasienter med alvorlige sinnslidelser. De fleste studiene var beheftet med metodologiske svakheter, og det er behov for flere studier.

**Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3 (105)**

Fem RCT studier der kriseintervensjoner sammenlignes med standard oppfølging er inkludert i analysen. Ingen av dem omhandler rene kriseintervensjoner, men omfatter hjemmebehandling mer generelt i tillegg til krisehåndtering. Krisebehandling reduserer gjeninnleggelses. I tillegg ser det ut til at kriseintervensjonsprogrammene gir bedre behandlingscompliance, mer tilfredshet hos brukerne og redusert familiebelastning. Det ble ikke funnet forskjeller i grad av psykopatologi eller dødelighet.



**Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2 (81)**

Omtalt under punkt 3.3.6.

**Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089 (106)**

Tre typer sammenligninger er omfattet: ACT sammenlignet med standard ettervern, ACT sammenlignet med poliklinisk rehabilitering i sykehus og ACT sammenlignet med "case management". ACT medførte færre reinnleggelser og innleggelsesdøgn i alle tre sammenligningene. ACT pasienter var mer fornøyd, var i større grad i arbeid og hadde bedre boforhold, men likt sosialt funksjonsnivå og samme symptomnivå sammenlignet med standard ettervern. Sammenlignet med sykehusbasert rehabilitering levde ACT pasienter i større grad uavhengig. ACT kom ut kostnadseffektivt i forhold til standard ettervern og sykehusbasert rehabilitering, mens det ikke var tilstrekkelig datagrunnlag til sammenligning med managed care.

**Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026 (107)**

Ni studier ble inkludert i gjennomgangen. Fra 21 til 25 prosent av døgnpasienter kan behandles som dagpasienter i stedet for heldøgnspasienter. Pasienter som får dagpasientbehandling har raskere symptombedring enn de som får heldøgnbehandling.

**Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240 (108)**

Det er utilstrekkelig data til å trekke konklusjoner om daghospital sammenlignet med standard ettervern utenfor sykehus.

**Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub2 (109)**

I alt syv RCT studier ble inkludert (deriblant TIPS prosjektet). Formålet var å evaluere effekten av a) tidlig identifikasjon; b) fase-spesifikk behandling og c) tidlig behandling gitt av spesialiserte team i prodromalstadiet behandling. Bortsett fra TIPS prosjektet, var de andre studiene for små til at det var mulig å trekke sikre konklusjoner. For TIPS prosjektet, der "intergrated care" dvs. ACT, familieterapi, social skills training og medikamenter) hos pasienter med første episode schizofreni ble sammenlignet med standard behandling, fant man bedre behandlingsresultat i intergrated care gruppen etter ett år, men ingen forskjell etter to år. Forfatterne av Cochrane gjennomgangen konkluderer med at det er for få studier til at det er mulig å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av tidlig intervensjon.

**Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2 (110)**

Bolig med tilsyn har sannsynligvis et stort potensial for å bedre tilbudet og funksjonsevnen til personer med alvorlige sinnslidelser utenfor institusjon, men dette er ikke dokumentert i gode nok studier.

**Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163 (111)**

Ingen RCT som belyser effekter av tvangsmiddelbruk sammenlignet med alternativer til tvangsmidler ble funnet. Det ble heller ikke funnet studier som så på effekten av tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk.

### **3.3.8 Artikler identifisert på grunnlag av søk utført av Helsedirektoratbiblioteket i mars 2009**

Litteratursøket, som ble gjennomført av Helsedirektoratets bibliotek for å identifisere litteratur om effektene av tvangsbehandling i det psykiske helsevernet, resulterte som nevnt under avsnitt 3.2 i 1299 treff. Av disse var det 28 referanser som ikke var fanget opp gjennom tidligere søk utført av Forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet eller av Universitetsbiblioteket i Tromsø. I dette avsnittet vil det summarisk bli gjort rede for innholdet i disse 28 artiklene. Da Helsedirektoratets søk først forelå medio mars 2009, har det ikke vært mulig å vurdere originalartiklene innefor tidsrammen for ferdigstilling av dette notatet. Gjennomgangen her er derfor basert på sammendragene (abstracts) av de aktuelle artiklene, ordnet etter hovedtema for de ulike studiene. Da noen studier dekker flere tema er summen av antall artikler fra hver kategori større enn 28.

**Behandlingsoppfølging (adherence).** (3 artikler: 112-114). En studie (112) fant at non-adherence førte til hyppigere tilbakefall og rehospitalisering, de to andre studiene er det ikke mulig å trekke noen konklusjoner på grunnlag av abstractene alene.

**Tvang uten døgn (TUD)** (6 artikler: 113, 115-119). En studie (116) fant økt risiko for reinnleggelse ved førstegangs TUD, men mindre risiko ved senere TUD vedtak., mens en annen studie (117) finner redusert døgnopphold ved TUD. En tredje studie (119) fant ingen forskjell mellom TUD og kontroller med hensyn til døgnopphold eller arrestasjoner, mens en fjerde artikkel konkluderer med at TUD er effektivt til å redusere arrestasjoner og vold gjennom bedre compliance med medikamentell behandling(118). For de to siste artiklene (113,115) er abstract ikke tilstrekkelig til å trekke noen konklusjon.

**Pasientenes erfaringer og holdninger til tvangsbehandling** (11 artikler: 114, 120-129), hvorav én også inkluderte pårørendes holdninger (129) og to kvalitative studier (123,124)). Disse studiene gir et variert bilde av pasientenes holdninger. For to studier sier abstraktet lite om resultatene (114,128) og det er også begrenset hva som kommer frem i øvrige abstracts. Alle studiene er små, fra 28 til 105 pasienter. I en studie mente majoriteten av tvangsbehandling ikke var berettiget (120), mens i en annen studie (126) var 60% enig i at tvangsbruk var i deres egen interesse. I en tredje studie (127) var pasientene delt på midten i spørsmålet om tvang var i deres egen interesse eller ikke. En studie som så på pasientenes fornøydhet med behandlingen (121) fant ingen forskjell mellom de som hadde vært utsatt for tvang og de som ikke hadde det, men fornøydheten var lav for begge grupper. Studien var liten (19 pasienter og 19 kontroller). De to kvalitative studiene (123, 124) beskrev varierte holdninger blant de inkluderte pasientene. Den ene påpekte betydningen av en god prosess ("procedural justice") for opplevelsen av tvang, mens det i en engelsk studie ble funnet at relasjonen mellom behandler og pasient var avgjørende for opplevelse av tvang. En tysk studie (125) fant at et økende antall pasienter aksepterte tvangsinngrepet med tiden: mens 25% mente at det ikke hadde vært bruk av tvang ved innleggelsen, økte dette til 42% ved utskrivingen. Den siste studien (129) handlet om en selektert gruppe henvist til vurdering for oppnevning av verge, og har liten interesse for dette notatet.

**Outcome for pasienter som nekter behandling** (6 artikler: 130-135). Disse studiene har motstridende resultater. Mens en studie (132) viser at "nektere" hadde færre reinnleggelser og kortere liggetid, viste to andre (134, 135) at

nektere hadde lengre liggetid, at de var dårligere symptomatisk, fungerte dårligere og hadde negativ innflytelse på avdelingsmiljøet. To studier (130, 135) viser at majoriteten av de som opprinnelig nekter senere aksepterer å ta antipsykotisk medikasjon. I den ene studien etter relativt kort tid (130)<sup>13</sup>. En tysk studie har mangelfullt abstract (131), og en studie (133) ser på effekten av at det ble innført domstolsbehandling for å vurdere om nekting kunne forsvares eller ikke. I nesten alle tilfelle ble det besluttet tvangsbehandling av domstolen, men i gjennomsnitt tok det 80 dager lengre tid før behandlingen ble iverksatt ved domstolsbeslutning sammenlignet med den gamle ordningen med klinisk beslutning.

**Outcome av tvangsbehandling** (3 artikler: 134,136,137). En nederlandsk studie (134) fulgte 17 pasienter på tvungen clozapinbehandling over 15 måneder i gjennomsnitt. Det var ingen kontrollgruppe. 11 var fortsatt på clozapin ved follow-up, og det ble konkludert med at behandlingsresultatet for disse var godt. I en amerikansk studie (137) ble 51 tvangsbehandlede pasienter og 51 kontroller fulgt i et år fra behandlingsstart. De tvangsbehandlede fungerte bedre enn kontrollene etter et år, men bare halvparten i hver gruppe var utskrevet. For de som ble utskrevet sluttet 70% av tvangsbehandlede med medikamenter mot 60 % hos de som tok medikamentene frivillig. For den siste studien (134) inneholder ikke abstract opplysninger om outcome.

**Review-artikler** (2 artikler: 138,139) Den første (138) hadde som mål å gå gjennom all litteratur om befolkningens, behandleres, pårørendes og pasientenes holdninger til bruk av tvang i psykiatrien. De konkluderer med: "Very few studies could be found, most of them dealing with the attitude of the general population or mental health professionals towards involuntary admission. Only one study could be identified

---

<sup>13</sup> En amerikansk artikkel som ikke inngår i artiklene som døftes i dette avsnittet bekrefter disse funnene (Appelbaum et al Appelbaum, P. The Right to Refuse Treatment With Antipsychotic Medications: Retrospect and Prospect. American Journal of Psychiatry, 1988; 145(4): 413-419).

that investigated the attitudes of patients”<sup>14</sup>. Den andre (139) som gjorde en litteraturgjennomgang av tvangsmedisinering, konkluderte som følger: "... (t)he empirical database on aspects of clinical safety of involuntary medication is quite small. However, a considerable body of literature exists with respect to patients' opinions on involuntary medication, mostly demonstrating a highly critical attitude”.

### **3.3.9 Effekter av tvungent psykisk helsevern på ulike outcome-mål**

I dette avsnittet omtales i hovedsak de samme resultatene som er referert tidligere på nytt, men her presentert og gruppert i henhold til de viktigste typer outcome-mål. Enkelte studier som det ikke har vært naturlig å omtale tidligere er likevel inkludert. Dette gjelder studier om krenkelser og stigma, som er omtalt i avsnittet "Subjektive forhold”.

#### **Symptomer og sykdomsmål**

Det er i hovedsak GAF og BPRS som er brukt i studiene som ligger til grunn for dette notatet. Målt med disse instrumentene, men også andre sjeldnere brukte instrumenter for sykdomsgrad, ser det ut til at tvang ikke påvirker behandlingsresultatet i særlig grad når formelt frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter sammenlignes (7,40, 48,55-57,66). I to studier er symptombedringen større for tvangsinnlagte (37,57), men slike funn kan forstås på bakgrunn av at tvangsinnlagte var dårligere ved starten av behandlingen og derfor har større potensial for bedring. Det er i hovedsak sammenfallende funn for grad og endring av psykopatologi ved behandling i og utenfor institusjon. Egenrapportert bedring viser heller ingen forskjell mellom tvangsinnlagte og frivillig innlagte pasienter (38,56).

#### **Forbruk av helsetjenester**

---

<sup>14</sup> Dette må være resultatet av et dårlig søk. Det finnes et meget stort antall artikler som tar opp pasientenes holdninger. Bare Helsedirektoratetbibliotekets søk identifiserte 11 studier som tar opp pasientenes holdninger og som kommer i tillegg til 60-70 studier som var kjent for Forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet .

De vanligste målene som er brukt i ulike studier er antall reinnleggelser, varigheten av reinnleggelser og om reinnleggelser skjer med tvang eller ikke. Her er bildet som tegnes uklart, og ulike studier har motstridende resultat (REF). Forbruk av helsetjenester utenfor institusjon (både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester) rapporteres som regel bare i studier som omhandler tvang uten døgn (TUD). Også for TUD er resultatene motstridende. Om man likevel skulle forsøk å trekke ut noen resultater som ser ut til å gå igjen, må det være at formelt tvangsinnlagte har økt risiko for reinnleggelser, både generelt og for reinnleggelser med tvang, og at lange primærinnleggelser øker sjansen for reinnleggelser. Forskjellene er imidlertid små mellom frivillig innlagte og tvangsinnlagte, og forskjellene kan like gjerne forklares ut fra utvalgsskjevheter (seleksjonsbias). For pasienter underlagt TUD er forbruket av tjenester utenfor institusjon høyere, særlig om man sammenligner tjenester de samme pasientene mottok i perioden før vedtak om TUD.

### **Aksept av tvangsinngrepet**

Når det gjelder pasientenes syn på tvangsinnleggelse i ettertid varierer andelen som finner innleggelsen berettiget eller nødvendig fra 33 til 75% (36,40,58,74). I de fleste av disse studiene er andelen pasienter som mener tvangen er berettiget over 50 %. Spørsmålene som er stilt i ulike studier varierer. Noen spør om innleggelsen var "nødvendig", andre bruker "berettiget" eller om innleggelsen "aksepteres", og mange studier rapporterer bare ett av flere svaralternativer på slike spørsmål. Når en studie for eksempel oppgir at 60% av pasientene synes innleggelsen var berettiget, kan ikke dette leses som om 40% mener den var uberettiget. De 40% som ikke mener innleggelsen var berettiget kan være likegyldige eller de har latt være å svare osv. De studiene der det eksplisitt er svart at innleggelsen var uberettiget (unødvendig eller lignende) varierer andelen som hevder dette fra 10 til over 50 %<sup>15</sup>. Graden av aksept ser ut til å øke med tiden (55,140-142), selv om opplevelsen av tvang holder seg uendret (142).

---

<sup>15</sup> Én studie (120) bruker ordlyden "The majority of patients evaluated the involuntary treatment as not justified", mens en annen (127) bruker ordlyden "about half".

En annen måte å undersøke graden av aksept og/eller fornøydhet på er å spørre om pasientene ønsker en tilsvarende fremgangsmåte og tiltak dersom man skulle havne i tilsvarende situasjon på nytt, og da er andelen som ønsker dette rundt 50% eller lavere (38,55,143,144).

På spørsmålet om innleggelsen har vært til hjelp varierer andelen som mener dette mellom 39 og 81 % (36), mens andelen som eksplisitt sier at den ikke har vært til hjelp eller skadelig varierer fra 6 til 33% i ulike studier (36).

I TUD studier er det sjelden at det blir spurt om pasientenes aksept av - eller syn på ordningen. I en studie (145) mente 62% TUD var effektivt, og 55% mente det var et rimelig (berettiget) inngrep.

### **Subjektive outcome-mål**

Opplevelse av tvang er rapportert i mange studier. Det mest brukte måleinstrumentet er The MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS). Det er to funn fra denne type studier som går igjen. Det første er den dårlige sammenhengen mellom formell legal status og opplevelse av tvang (7-10, 55,140,146), mens det andre er betydningen av å inkludere pasientene i beslutningsprosessen når det fattes vedtak om innleggelse og behandling. Om pasienter blir tatt med i beslutningsprosessen vil opplevelsen av tvang reduseres og vise versa (11,147-149). I en studie ble det funnet at pasienter med tidligere tvangsinnleggelser hadde høyere grad av opplevd tvang enn pasientene uten slik erfaring (150).

Et annet subjektivt outcome-mål er i hvilken grad pasientene er fornøyd med behandlingen. Grovt sett rapporterer majoriteten av tvangsinnlagte at de er fornøyd med behandlingen, men varierer mellom 39 og 81 %. Andelen tvangsinnlagte som er fornøyd med behandlingen er gjennomgående og konsistent lavere enn for frivillig innlagte.

Få studier har sett på sammenhengen mellom opplevelser av krenkelser og konsekvenser for behandlingsoppslutning og behandlingsresultat. Thornicroft og medarbeidere viser i en studie (151) at stigma og diskriminering fører til

motvilje mot å søke behandling. En studie fra USA (152) fant at 39% av pasienter med schizofreni-spekter diagnoser var redd for å ta frivillig kontakt med behandlingsapparatet på grunn av at de da kunne bli utsatt for tvangsbehandling. Frykten for tvangsbehandling var sterkest hos de som tidligere hadde opplevd tvungent psykisk helsevern i institusjon. I en annen studie ble det funnet at pasienter som hadde traumatiske opplevelser i forbindelse med psykiatrisk behandling hadde dårligere behandlingsoppfølging (1535). En svensk epidemiologisk undersøkelse av normalbefolkningen (15406 menn og 17922 kvinner) (154) fant at 30% av kvinner og 22 % menn opplevde diskriminering, og at det var en klar sammenheng mellom diskriminering og psykologisk påkjenning (psychological distress). En annen svensk undersøkelse der det ble funnet høye forekomster av opplevd diskriminering og avvísinger, viste at i større grad pasienter opplevde å bli diskriminert, desto dårligere fungerte de (155).

Når det gjelder forekomst av krenkelser rapporterer majoriteten av tvangsinnlagte pasienter at de har vært utsatt for krenkelser i ulike studier (37,39,56,156). I studien med høyest rapportering var andelen som hadde opplevd en eller annen form for integritetskrenkelse 79% (37).

### **Sosiale forhold**

Den eneste referansen til sammenhengen mellom sosial funksjon og tvungent psykisk helsevern som er fanget opp i gjennomgangen dette notatet bygger på er fra en av oversiktsartiklene (40) der det ble funnet lik eller dårligere sosial funksjon for tvangsinnlagte sammenlignet med frivillig innlagte.

## ***4. Vurdering av kunnskap om effekter ved bruk av tvang på behandlingsresultatet***

I dette kapitlet drøftes hvilke konklusjoner som med rimelighet kan trekkes på grunnlag av forskningslitteraturen som er gjennomgått i dette notatet. Fremstillingen vil være begrenset til de mest sentrale (og konsistente) funn om effekter av tvang i behandlingssammenheng. Referanser til de ulike studiene er angitt tidligere, og vil ikke gjentas i dette kapitlet.



Det mest slående funnet i denne gjennomgangen, er den svake kvaliteten studiene har. I alle oversiktsartiklene pekes det på at metodologisk svakheter ikke gjør det mulig å trekke sikre konklusjoner om effekter av tvang på behandlingsforløpet. De viktigste metodologiske problemene er knyttet til vanskelighetene med å definere og måle tvang, i tillegg til at de fleste studiene lider av utvalgsskjevheter. Valg av effektmål er også problematisk. Psykiatrisk (tvangs)behandling har potensielle effekter på et stort antall områder, og ingen studier har klart å avveie de ulike effektene av tvangsinngrep slik at det er mulig å si noe overordnet om hvorledes det har gått med tvangsbehandlete pasienter. Det kan også reises spørsmål om de effektmålene som brukes er gode nok (valide), det vil si om de på en pålitelig måte beskriver hvorledes de som har gjennomgått tvangsbehandling har det. I tillegg er de fleste studiene som forsøker å se på effekter av tvangsinngrep små og oppfølgingstiden er kort.

Et annet problem er knyttet til hvorledes mange studier er designet. Frivillige behandlingsopplegg sammenlignes i mange studier med tvungent psykisk helsevern uten at innholdet i behandlingen er det samme for begge grupper. Da er det ikke mulig å få svar på spørsmålet om i hvordan tvangen i seg selv påvirker behandlingsresultatet. Alternativet til tvang må ikke være "ingenting" eller et dårligere tilbud enn det frivillig-gruppen får, hverken i forskningsprosjekter eller i klinisk praksis.

På bakgrunn av de metodologiske svakhetene ved den eksisterende forskningslitteraturen blir hovedkonklusjonen at vi i dag ikke har sikker kunnskap om effektene ved bruk av tvang i behandling av pasienter med psykiske lidelser. Vi vet heller ikke om eventuelle positive behandlingseffekter ved bruk av tvang i like stor grad kunne oppnås gjennom et frivillig tilbud av høy kvalitet og med større vekt på alternative behandlingstilbud. Dette innebærer at vi ikke kan besvare spørsmålet om tvang som er begrunnet i pasientens behandlingsbehov faktisk fører til et bedre resultat enn om tvang ikke hadde vært anvendt. Tilsvarende kan vi heller ikke si at det å avstå fra å bruke tvang fører til et bedre eller dårligere behandlingsresultat.

Denne konklusjonen bygger på strenge krav til vitenskapelig dokumentasjon om effektene av bruk av tvang i behandlingen. Spørsmålet som kan stilles i denne sammenhengen er om kvaliteten på studiene om effekt av tvang, som tross alt er gjennomført, er så dårlig at vi står helt uten kunnskap på dette feltet? Svaret er både ja og nei. Ja, fordi resultatene i de studiene som foreligger kan forklares ut fra svakheter i metoden. Nei, fordi det faktisk finnes en rekke data om effekter av tvang i publiserte studier. Problemet er hvorledes slike data fortolkes, og hvilke konklusjoner det er mulig å trekke. I det minste gir den eksisterende forskningslitteraturen noen holdepunkter for hvilke konsekvenser tvangsbruk i psykiatrisk behandling **kan** ha. I det følgende vil mulige fortolkninger av publiserte funn drøftes, på tross av de metodologiske svakhetene ved studiene.

Mange (men ikke alle) studier som bruker symptomer som effektmål viser at tvangsinnlagte og/eller pasienter under TUD har samme bedring som frivillig innlagte, selv om pasienter der det er truffet vedtak om tvang i utgangspunktet ofte er dårligere. En nærliggende fortolkning av dette er at tvang ikke fører til et dårligere resultat enn om tvang ikke hadde blitt anvendt, bedømt etter symptomer. Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig til å legitimere tvang? Dersom tvangen samtidig medfører traumer og krenkelser, kan det samlede resultatet likevel bli negativt på tross av symptomatisk bedring. I hvilken grad pasientene i ettertid ønsker at det skal brukes tvang på nytt hvis en lignende situasjon skulle oppstå, er sannsynligvis en bedre indikator på den overordnede effekten av tvang. I de studiene som tar opp dette ønsker ca halvparten av de tvangsinnlagte at det skal gripes inn med tvang på ny. For disse pasientene ser det ut til at de negative sidene ved tvangsinngrep mer enn oppveies av den symptomatiske bedringen som er oppnådd.

Samtidig er det slik at ingen av de studiene som har funnet like god bedring for frivillige og tvangsinnlagte, kan si om resultatet hadde vært det samme om de som ble utsatt for tvang hadde fått frivillig behandling i stedet. Det er nemlig slik at bare randomisert kliniske studier (RCT) kan gi et pålitelig svar på dette spørsmålet. Det er som nevnt bare gjennomført to slike studier. Begge dreier seg om pasienter på TUD, og resultatene er motstridende. Ikke uventet konkluderer da også Cochrane-samarbeidets gjennomgang av TUD med at det

ikke er mulig å si om det er noen forskjell i effekt mellom pasienter på TUD og pasienter med frivillig oppfølging.

At de som er utsatt for tvang i behandlingen ofte er dårligere i utgangspunktet har like stor – eller i enkelte studier større - symptomatisk bedring, kan også forstås på ulike måter. Én måte å forstå disse funnene på er at utsikten til bedring er særlig stor hos de dårligst fungerende, og at dette i større grad rettferdiggjør tvang. Samtidig er det slik at bedringspotensialet er større jo dårligere utgangspunktet er. Statistisk sett vil personer som befinner seg langt fra en normaltilstand ha større sjanse for å nærme seg gjennomsnittet (eller her normaltilstanden) enn de som ikke er så langt unna normaltilstanden, et fenomen som kalles "regression towards mean", og dette fenomenet kan bidra til de aktuelle funnene. Videre er det liten uenighet i at behandling med nevroleptika effektivt reduserer observerbare positive eller aktive symptomer på alvorlige sinnslidelser. Det kan derfor spørres i hvilken grad observerbar symptomreduksjon er et godt mål for et vellykket behandlingsresultat. Igjen vil det være viktig å ta inn andre outcome-mål og veie ulike effekter mot hverandre, der også pasientenes opplevelser, følelser, kognitive funksjon mm. vektlegges på lik linje med andre effektmål.

Av de ulike subjektive outcome-mål er det interessant at det ser ut til at den viktigste faktoren som bidrar til pasientenes opplevelse av tvang er i hvilken grad de er tatt med i beslutningsprosessen eller ikke. Dette er et gjentatt og konsistent funn i de studiene som har trukket inn denne dimensjonen. Dette kan tyde på at måten beslutninger tas på, inkludert beslutninger om tvang, har stor betydning for hva slags effekter tvang har. Dette kan også bidra til å forklare de store variasjonene i pasientenes rapporter om berretigelse av tvangsbruk, hvor fornøyd de er i ettertid og i hvilken grad de ønsker at det skal gripes inn med tvang ved senere anledninger. Forskningslitteraturen gir gode holdepunkter for at måten pasienter blir møtt på spiller en avgjørende rolle både for pasientens subjektive oppfatninger av behandlingen og for behandlingsresultatet. Pasienter som blir møtt med respekt og som blir inkludert i beslutningsprosessen, rapporterer systematisk mindre grad av opplevd tvang enn om de blir utsatt for krenkelser eller blir fratatt medbestemmelse. Samtidig vil metodologiske forhold

som måten spørsmålene stilles på, hvem som stiller dem, i hvilken situasjon de blir stillt og når de blir stillt også bidra til variasjonene i opplevd tvang.

Det noe overraskende, men gjentatte og konsistente funnet at opplevd tvang ser ut til å være et enten-eller fenomen, kan også forstås innenfor rammen av hvordan tvang utøves. Når tvangen utøves slik at det oppleves som en integritetskrenkelse, vil pasientene antakelig rapportere en særlig høy grad av opplevd tvang. Sannsynligvis er det denne gruppen som kommer spesielt dårlig ut behandlingsmessig, noe det i en viss grad finnes dekning for i forskningslitteraturen. Det er måten spørsmålene er formulert på i MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS), som gjør det nærliggende å tenke at man mer fanger opp integritetskrenkelser enn direkte reaksjoner på tvungent psykisk helsevern ved bruk av MPCS. Integritetskrenkelser er i sin natur et enten-eller fenomen i motsetning til hva opplevelse av tvang er, og på denne bakgrunnen blir enten-eller mønstret mer forståelig<sup>16</sup>. På et overordnet plan berører disse fenomenene diskusjonen om hva tvang egentlig er, og problemene med å finne et gyldig tvangsbegrep som også er mulig å måle slik at det kan brukes meningsfullt i kvantitativ forskning.

Fremstillingen i dette notatet har også sine svakheter. Først og fremst må det understrekes at notatet ikke gjør krav på å være noen autoritativ eller komplett gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget på det aktuelle feltet. Ved nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er tidsrammen for å gjøre en full kunnskapsutredning to til tre år, og arbeidet gjennomføres av en gruppe. Dette står i skarp kontrast til at dette notatet er utarbeidet i løpet av en måned av én person. Riktignok har tema for gjennomgangen stått sentralt for undertenedes arbeid i mange år, og det er nedlagt et vesentlig arbeid av Forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet når det gjelder gjennomgang av litteratur om effekter av bruk av tvang, jf. Avsnitt 3.2. Likevel er gjennomgangen neppe fullstendig. Det er internasjonalt publisert et stort antall artikler og bøker som tar opp bruk av tvang. Det har vist seg vanskelig å få oversikt over samtlige

---

<sup>16</sup> Det finnes sikkert andre måter å fortolke enten-eller opplevelsen av tvang på, og fortolkningen som er gitt her står for egen regning.

publikasjoner. Det har vært større problemer enn vanlig med å gjennomføre søk etter relevant litteratur slik det er beskrevet i avsnitt 3.2. Det er derfor fullt mulig at det finnes relevant litteratur som ikke er tatt med i denne gjennomgangen.

Utvelgelsen av artiklene som er særlig omtalt har heller ikke vært enkel. Noen har gitt seg selv ut fra Forskergruppens tidligere utvelgelse. Det har også vært selvsagt å inkludere oversiktsartikler, men ut over dette har det vært vanskelig å skille ut relevante artikler. Som regel har artikler der det har vært tvil om hvor relevante de er, blitt inkludert. Særlig på bakgrunn av at det er så få artikler som spesifikt omhandler effekter av tvang på behandlingsresultatene har dette vært naturlig å gjøre. De enkelte artiklene kunne også vært referert mer detaljert. Videre er det grunn til å minne om at måten man leser en artikkel på, og måten man fortolker resultatene på, er farget av verdisynet til den som leser og tolker. Også for undertegnede vedkommende. Det er likevel å håpe at denne gjennomgangen kan være til nytte. I det minste ved å bringe til veie en oversikt over litteraturen på feltet slik at det er mulig å gå til originallitteraturen og selv vurdere holdbarheten av ulike konklusjoner.

## ***5. Sammendrag og konklusjoner***

Notatet bygger på et omfattende litteratursøk der hensikten var å identifisere artikler i vitenskapelige tidsskrift som vurderte effektene av tvang på behandlingsresultatet i det psykiske helsevernet. Bare artikler om effekter av tvang begrunnet i behov for behandling er tatt med i gjennomgangen.

Konklusjonen er at vi mangler sikker kunnskap om effekter av tvang for behandlingsresultatene. Dette gjelder både for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, og for effekter av selve tvangsbehandlingen. Det er vanskelig å gjennomføre metodologiske holdbare studier på feltet, både fordi det er uklart hvordan tvang skal defineres og hvordan tvang kan måles. Det er også mangel på gode effektmål, og resultater fra ulike studier rapporteres ikke på en ensartet måte. Det er således behov for flere og kvalitetsmessig bedre studier for å få kunnskap om hvilke effekter bruk av tvang har på behandlingsresultatene.

Mange av de funnene som blir rapportert i studier med mangelfull kvalitet kan forklares ved utvalgsskjevheter, det vil si at pasientene som utsettes for tvang skiller seg fra pasienter som behandles frivillig på en rekke områder. Videre er mange av studiene små og har kort oppfølgingstid, noe som også bidrar til usikre resultater. Det kan likevel se ut til at tvang i behandlingen gir samme bedring av symptomer som hos de som behandles frivillig og at majoriteten av tvangsinnlagte pasienter aksepterer tvangsinngrepet i ettertid. Videre er det alltid funnet at tvangsinnlagte pasienter er mindre fornøyd med behandlingen enn frivillig innlagte, og cirka halvparten av tvangsinnlagte pasienter opplever krenkelser i forbindelse med inngivelse til døgnopphold. Samtidig er de metodologiske svakhetene også ved resultatene som er gjengitt i dette avsnittet så store at det ikke er sikkert at nye og bedre studier vil bekrefte disse funnene.

## 6. Referanser

1. Sosial- og . Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Oslo 2006. IS-1370.
2. Samdata. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 (Red. Johan Håkon Bjørngaard). SINTEF Helse. Trondheim 2008.
3. Pedersen PB, Bjerkan AM. Evaluering av Opptappingsplanen for psykiske helse-supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. Rapport A7588. SINTEF Helse 2008.
4. Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, R. R., et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital residivism?: Findings from a randomized trial with severe mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156, 1968-1975.
5. Steadman HJ, Guonis K, Dennis D et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services* 2001; 52 (3): 330-6
6. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–72.
7. Bindman J, Reid Y, Szmukler G et al. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow up. (2005) *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 160-66
8. Kjellin L., Westrin CG. (1998) Involuntary Admissions and Coercive Measures in Psychiatric Care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 31-42
9. Monahan J., Hoge SK., Lidz C et al. Coercion and commitment: Understanding voluntary hospital admission. *Int. J Law Psychiat* 1995; 18: 249-263
10. Kjellin L, Høyer G, Engberg M et al. (2006) Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 41; 241-247
11. Lidz, C.W., Hoge, S.K., Gardner, W.P., Bennet, N.S., Monahan, J., Mulvey, E.P., & Roth L.H (1995). Perceived Coercion in Mental Hospital Admission. Pressures and Process. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1034-1039
12. Gardner W, Hoge SK, Bennet NB, et al. Two Scales for Measuring Patients' Perception for Coercion During Mental Hospital Admission. *Behav Sci Law* 1993; 11:307-321

13. Høyer G., Kjellin L., Engberg M. et al. Paternalism and autonomy: A presentation of the Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *Int J Law Psychiatr* 2002; 25: 93-108
14. Kjellin L, Westrin C-G. Involuntary admission and coercive measures in psychiatric care - registered and reported. *International Journal of Law and Psychiatry* 1998;21:31-42.
15. Iversen KI, Høyer G., Sexton H. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiat.* 2007; 30: 504-511
16. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral sciences and the law* 1993; 11: 239-258
17. AW, Hilden J, Gøtzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analysis of the same drugs: systematic review. *BMJ* 2006;333:782, doi:10.1136/bmj.38973.444699.0B (6 October 2006)
18. Bekelman AB, Li Y, Gross CP. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research. *JAMA* 2003; 289: 454-65
19. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 362: 1167-70
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised (DSM-III). Washington DC, AMA 1987.
21. BPRS Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799–812.
22. SCID First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W.: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.
23. MINI Sheehan, D.V. & Lecrubier, Y. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. Tampa, Florida/Paris, France: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry / INSERM-Hôpital de la Salpêtrière.
24. Kay SR., Fiszbein A., Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale. *Schiz Bull.* 1987; 13(2): 261-76
25. Constable MS., Lopez-Ibor I., Kemp R., David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine* 1998; 28: 437-446



26. Birchwood M, Smith J., Drury V. et al. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 62-67.
27. McEvoy J., Apperson LJ., Appelbaum PS. Et al. Insight into schizophrenia. It's relationship to acute psychopathology. *The Journal of nervous and mental Disease* 1989; 177(1): 43-47
28. Grisso T., Appelbaum PS., Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make decisions. *Psychiatric Services* 1997; 48(11): 1415-1419
29. Hansen og Høglund Hansson, L. and Høglund, E. (1995). Patient satisfaction with psychiatric services. The development, reliability, and validity of two patient-satisfaction questionnaires for use in inpatient and outpatient settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 257–262.
30. Ruud, T. and Breimoen, M. (1996). *Helsetilsynets prosjekt. Evaluering av psykiatriske helsetjenester*. Oslo, Delutredning 1.
31. Link BG. Understanding labelling effects in the area of mental disorders. An assessment of the effect of expectations of rejection. *Am Soc Rev* 1987; 52: 96-112
32. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigmatization. *Schizophr Bull* 1999; 25: 467-478
33. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Helsinki 1964. Last amended Seoul 2008.
34. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo 1997.
35. Kallert TW. Legislation on coercive mental health care in Europe. Lang, Frankfurt am Main 2006
36. Katsakou C, Priebe S: Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 232-241
37. Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, Palmstierna T, Wallsten T: Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1567-1570
38. Kjellin L, Anderson K, Bartholdson E et al. (2004). Coercion in psychiatric care – patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nord J Psychiatry* 58: 153-159
39. Kjellin, L., Westrin, C. G., Eriksson, K. et al. (1993). Coercion in Psychiatric Care: Problems of Medical Ethics in a Comprehensive Empirical Study. *Behavioral Sciences and the Law*, 11, 323-334.

40. Kallert TW, Glöckner, Schützwohl. Involuntary vs voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Clin Neurosci* 2008; 258: 195-209
41. Kallert TW. Coercion in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2008; 21: 485-489
42. Sørgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring* 2007; 21: 214-219
43. Johnsen L., Øysæd H., Børnes K et al. A systematic intervention to improve patient information routines and satisfaction in a psychiatric emergency unit. *Nord J Psychiatry* 2007; 61: 213-218
44. Kuosmanen L., Hätönen, Malkavaara H. et al. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nurs ethics* 2007; 14: 597-607
45. Hallam L. How involuntary commitment impacts on the burden of family. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16: 247-256
46. Lorant V., Depuydt C. et al. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 42, 360-365.
47. Salize HJ, Dressing H: Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:576-84
48. Steinert T, Schmid P. Effect of Voluntariness of participations in treatment on short-term outcome of patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2004; 55: 786-91
49. Rain et al 2003. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatric Services* 54: 103-5
50. Rain et al 2003. Perceived coercion at hospital admission in an outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 54: 399-401
51. Feigon S, Hays JR: Prediction of readmission of psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 2003; 93:816-818
52. Segal S., Akutsu PD., Watson MA. Involuntary Return to a Psychiatric Emergency Service Within Twelve Months. *Social work and mental health* 2002; 35: 591-603
53. Brown JD. IS involuntary outpatient commitment a remedy for community mental health service failure? *Ethical Hun Sci Serv* 2003; 5: 7-20
54. Nicholson et al 1996. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 201-17

55. Kaltiala-Heino. Impact of coercion on treatment outcome. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997; 20: 311-22
56. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä A, Helenius H: Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:343-352
57. Wallsten T, Kjellin L, Lindström L. Short term outcome of inpatient psychiatric care- impact of coercion and treatment characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 2006; 41:975-980
58. Priebe S, Katsakou C, Amos T et al. Patient's views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *British J of Psychiatry* 2009; 194: 49-54
59. Øhlenschläger, J. Coercion in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. Ph.D Thesis. Faculty of health sciences, University of Copenhagen, 2006.
60. Fennig S., Rabinowitz J., Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatric Services* 1999; 50 (8): 1049-1052
61. Valevski A., Olfson M., Weizman A., Shiloh R. Risk of readmission in compulsory and voluntarily admitted patients. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2007; 42(8): 669-676
62. Post Lvd., Schoevers R., Koppelmans V. et al. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry (ASAP-I), A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 35
63. Large MM, Nielssen Olav Helge, Ryan JC., Hayes R. Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(2):251-6
64. Large MM, Nielssen OB., Lackersteen SM. Did the introduction of 'dangerousness' and 'risk of harm' criteria in mental health laws increase the incidence of suicide in the United States of America? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;
65. Feigon S., Hayes JR: Outcomes for psychiatric patients following first admission: Relationship with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Report* 2001; 88: 1012-14.
66. Steinert T., Schmidt P. Voluntariness and coercion in patients with schizophrenia. *Psychiatr prax*. 2004; 31(1): 28-33 (på tysk)

67. Katsakou C., Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007; 16(2): 172-8
68. Watts J., Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics* 2002; 16(5): 439-54
69. Kuosmannen L., Hätönen H., Malavaara H. Et al. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics* 2007; 14(5): 597-607
70. Haglund K., Von Knorring L., Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: Patients experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10; 65-72
71. Jarett M., Bowers L., Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64(6): 538-548.
72. Greenberg WM., Attia S. Nonemergent Forcible Medication in an Acute Hospital. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21(4): 456-473
73. Greenberg WM. Et al. Patients' attitudes towards having been forcibly medicated. *Treatment Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996; 24(4): 513-24
74. Lucksted A., Coursey RD. Consumers perception of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services* 1995; 46(2): 146-152
75. Schwartz HI., Vingiano W., Bezirganian Perez C. Autonomy an the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39(10): 1049-1054
76. Appelbaum PS., Gutheil TG. Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980; 173(3): 240-6
77. Christensen TB., Onstad S. Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling. *Tidsskr Nor lægeforen* 2003; 123: 921-4.
78. Tørrisen T. Bruk av ufrivillig behandling i en akuttpsykiatrisk post. Upublisert manus 2007
79. Holsten F. Innleggelse uten informert samtykke og tvangsbehandling. Upublisert manus 1985
80. Høyer G, Ferris RJ. Outpatient commitment. Some reflections on ideology, practice and implications for research. *Journal of mental health law* 2001; (June): 56-65
81. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane*

82. Kisely S., Campbell LE., Scott A. et al. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review ad meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007; 37: 3-14
83. Geller JL., McDermeit M., Grudzinskas AJ. et al. A competency based approach to court-ordered outpatient treatment. *New directions in mental health services* 1997; 75: 81-95
84. Kisely S., Smith M., Preston NJ & Viao J. A comparison of health service use in two jurisdictions with and without compulsory community treatment. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1357-1367
85. Preston NJ., Kisely S., Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community. *BMJ*, 2002; 324 (May): 1244-1246
86. Swartz, M. S., Swanson, J. W. Involuntary outpatient commitment, Community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Canadian journal of psychiatry* 2004; 49: 585-591
87. Wagner HR, Swartz MS , Swanson JW et al. Does involuntary outpatient commitment lead to more intensive treatment. *Psychology, Policy and the Law* 2003; 9: 145-58
88. [www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra\\_web/finalreport/](http://www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra_web/finalreport/)
89. Winnick BJ. Outpatient commitment. A Therapeutic Jurisprudence Analysis. *Psychology, Policy and Law* 2003; 9: 107-144
90. Cascardi M., Poytress NG., Hall A. Procedural justice in the context of civil commitment. *Behavioral Sciences and the Law* 2002; 18: 731-740
91. Tyler TR. The psychological consequences of judicial procedures: Implications fro civil commitment hearings. *Southern Methodist University Law Review* 1992; 46: 433-445
92. Winnic BJ. Therapeutic Jurisprudence and the civil commitment hearing. *Journal of contemporary legal issues* 1991; 10: 37-60
93. Erickson SK. A retrospective examination of outpatient commitment in New York. *Beh Sci Law* 2005; 23: 627-645
94. Rigley S. Borum R., Petrila J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states. *RAND MR-1340-CSCR*, 2001

95. Kisely S et al. Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? – The experience of Western Australia and Nova Scotia. *Int J Law Psychiatr* 2006; 29: 507-515
96. Preston NJ., Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ* 2002; 324(May 25): 1244-1249
97. Vaughan K., McConaghy N., Wolf C. et al. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Australian and New Zealand J of Psychiatry* 2000; 34: 801-808.
98. Hiday V., Scheid-Cook TL. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community psychiatry* 1989; 40: 52-59
99. Munetz MR., Grande T., Kleist j., Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric services* 1996; 47(11): 1251-1253
100. Swartz M., Swanson J., Wagner R. et al. Effects of involuntary out-patient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and mental disease* 2001; 189: 583-92.
101. Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub2.
102. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005963. DOI: 10.1002/14651858.CD005963.pub2.
103. Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD000453. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.
104. Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.
105. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3
106. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089

107. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.
108. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.
109. Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub2.
110. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2
111. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163
112. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008;8, 2008. Article Number: 32. Date of Publication: 30 Apr 2008.
113. Hernandez-Viadel M, Nicolas CC, Calatayud GL, Prieto JFP, Millan TR. Involuntary outpatient treatment for persons with severe mental illness. Results of a study in the city of Valencia, Spain. *Psiquiatria Biologica* 2007;14(1):7-12.
114. Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS. Effects of Legal Mechanisms on Perceived Coercion and Treatment Adherence Among Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003;191(10):629-37
115. Hotopf M, Dunn G, Owen G, Churchill R. Involuntary community treatment. *British Journal of Psychiatry* 2007;191(2):358.
116. Burgess P, Bindman J, Leese M, Henderson C, Szmukler G. Do community treatment orders for mental illness reduce readmission to hospital?: An epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41(7):574-9.
117. Frank D, Perry JC, Kean D, Sigman M, Geagea K. Effects of Compulsory Treatment Orders on Time to Hospital Readmission. *Psychiatric Services* 2005;56(7):867-9.
118. Hough WG, O'Brien KP. The effect of community treatment orders on offending rates. *Psychiatry, Psychology and Law* 2005;12(2):411-23.

119. Pollack DA, McFarland BH, Mahler JM, Kovas AE. Outcomes of patients in a low-intensity, short-duration involuntary outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 2005;56(7):863-6.
120. Langle G, Bayer W. Compulsory psychiatric treatment and the patients' perspective. *Psychiatrische Praxis, Supplement* 2007;34(2):S203-S207.
121. Wynn R, Myklebust LH. Patients' Satisfaction and Self-Rated Improvement Following Coercive Interventions. *Psychiatry, Psychology and Law* 2006;13(2):199-202.
122. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(7):717-24.
123. Gagne CA. A qualitative study of consumer-survivors' perspectives about the effects of choice and coercion within the mental health system on recovery from psychiatric disability. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2005;66(4-B):2005, pp.
124. Johannson IM, Lundman B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9(6):639-47.
125. Smolka M, Klimitz H, Scheuring B, Fahndrich E. Involuntary treatment in psychiatry from the patients point of view. *Nervenarzt* 1997;68(11):888-95.
126. Greenberg WM, Moore-Duncan L, Herron R. Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24(4):513-24.
127. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services* 1995;46(2):146-52.
128. Ullrich J, Ulmar G, Starzinski T. Attitudinal changes in involuntarily hospitalized patients with schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 1995;63(12):480-6.
129. Adams NHS, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1991;25(2):231-7.
130. Kasper JA, Hoge SK, Feucht-Haviar T, Cortina J. Prospective study of patients' refusal of antipsychotic medication under a physician discretion review procedure. *American Journal of Psychiatry* 1997;154(4):483-9.
131. Ruff W, Leikert S. The development of untreated patients and psychotherapy dropouts: A follow-up 10 years after the initial contact. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 1995;45(7):237-42.



132. Sheline Y, Beattie M. Effects of the right to refuse medication in an emergency psychiatric service. *Hospital & Community Psychiatry* 1992;43(6): 640-2
133. Farnsworth MG. The impact of judicial review of patients' refusal to accept antipsychotic medications at the Minnesota Security Hospital. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law* 1991;19(1):33-42.
134. Levin S, Brekke JS, Thomas P. A controlled comparison of involuntarily hospitalized medication refusers and acceptors. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law* 1991;19(2):161-71.
135. Hoge SK, Appelbaum PS, Lawlor T, Beck JC. A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry* 1990;47(10):949-56.
136. Schulte PFJ, Stienen JJ, Bogers J, Cohen D, van Dijk D, Lionarons WH, et al. Compulsory treatment with clozapine: a retrospective long-term cohort study. *International Journal of Law and Psychiatry* 2007;30(6):539-45.
137. Cournos F, McKinnon K, Stanley B. Outcome of involuntary medication in a state hospital system. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(4):489-94.
138. Lauber C, Rossler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34(Suppl2): 181-S185.
139. Steinert T, Kallert TW. Involuntary medication in psychiatry. *Psychiatrische Praxis* 2006;33(4):160-9.
140. Edelson, G. A. & Hiday, V. A . Civil Commitment: A Range of Patient Attitudes. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1990; 18, 65-77.
141. Kane, J. M., Quitkin, F., Rifkin, A. et al. Attitudinal Changes of Involuntarily Committed Patients Following Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 1983; 40, 374-377.
142. Gardner W, Lidz C, Hoge SK et al. (1999). Patients' revision of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 156: 1385-1391
143. Engberg, M. Frihedsberøvelse i psykiatrien og aspekter ved den nye psykiatrilovs funktion (Deprivation of Liberty in Mental Health Care, and Aspects of the New Mental Health Act and how it is Functioning). Århus, Psykiatrisk hospital. Århus 1994.
144. Bradford, B, McCann, S, Merskey, H. A survey of Involuntary Patients' Attitudes Towards Their Commitment. (1986) *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 11, 162-165.

145. Swarz M, Wagner HR, Swanson J., Elbogen EB. Consumers' perception of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures. *Psychiatric Services* 2004; 55(7): 780-7
146. Rogers A, Pilgrim D, Lacey R. *Experiences Psychiatry: Users views of services*. Basingstoke: Macmillan and MIND. 1993
147. Hiday V.A., Swarz M.S. et al. (1997). Patient Perception of Coercion in Mental Hospital Admission. *International journal of law and psychiatry*, 20, 227-241.
148. McKenna, B.G., Simpson, A.I.F. & Laidlaw, T.M. (1999). Patient perception of coercion on admission to acute psychiatric services. The New Zealand experience. *International Journal of Law and Psychiatry* 22, 143-153.
149. Cascardi M, Poythress NG. Correlates of Perceived Coercion During Psychiatric Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997; 20: 445-458.
150. Zervakis J., Stechuchak KM., Olsen MK. et al. Previous involuntary commitment is associate with current perceptions of coercion in voluntary hospitalized patients. *al. International journal of forensic mental health* 2007; 6(2): 105-112
151. Thornicroft G., Rose D., Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry* 2007; 19(2): 113-122
152. Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hannon, M.J. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences & the Law* 2003; 21(4): 459-72.
153. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psych Services* 2005; 59(9): 1123-33
154. Wamala S., Boström Georg, Nyqvist K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 75-76
155. Lundberg B, Hansson L, Welts E, Bjørkman T. Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2007; 42(4): 295-300
156. Svindseth M.F., Dahl A.A., Hatling T. Patients' experiences of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2007; 61, 47-53.

## VEDLEGG 1.

### **REFERANSER, EFFEKTER AV TVANG GENERELT, MAI 2007 (Liste 1)** **Artikler merket med stjerne er de åtte artiklene som Forskergruppen tilknyttet Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet mente var mest relevante og hadde best kvalitet.**

1. \*Nicholson et al 1996. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J of Law and Psychiatry* 19: 201-17
2. \*Kaltiala-Heino 1997. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J of Law and Psychiatry* 20: 311-22
3. \*Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, Palmstierna T, Wallsten T: Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1567-1570
4. \*Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, R. R., et al (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital residivism?: Findings from a randomized trial with severe mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1968-75.
5. \*Steadman HJ, Guonis K, Dennis D et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services* 2001; 52 (3): 330-6
6. Rain et al 2003. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatric Services* 54: 103-5
7. Rain et al 2003. Perceived coercion at hospital admission in an outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 54: 399-401
8. \*Steinert T, Schmid P. Effect of Voluntariness of participations in treatment on short-term outcome of patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2004; 55: 786-91
9. Steinert T, Schmid P. [Voluntariness and coercion in patients with schizophrenia] In german. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (1): 28-33
10. Bindman et al 2005. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow up. A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40: 160-66
11. Bindman J. Involuntary outpatient treatment in England and Wales. *Current opinion in psychiatry* 2002; 15: 595-8
12. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psych scand* 2002; 106: 3-8

13. Katsakou C, Priebe S: Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatr Scand*, in press
14. Hansson L: Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:244-248
15. Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R, Dagadakis C, Avery D: Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 1997; 48:1427-1434
16. Houston KG, Mariotto M, Hays JR: Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychol Rep* 2001; 88:1012-1014
17. Feigon S, Hays JR: Prediction of readmission of psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 2003; 93:816-818
18. \*Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä A, Helenius H: Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:343-352
19. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J: Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:203-210
20. Kjellin L, Andersson K, Bartholdson E, Candefjord IL, Holmstrom H, Jacobsson L, Sandlund M, Wallsten T, Östman M: Coercion in psychiatric care - patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nord J Psychiatry* 2004; 58:153-159
21. Bonsack C, Borgeat F: Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28:342-347
22. Sørgaard KW: Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord J Psychiatry* 2004; 58:299-304
23. Salize HJ, Dressing H: Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:576-84
24. Hiday, V. A., & Scheid-Cook, T. L. A follow-up of chronic patients committed in outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40, 52-9.
25. Munetz, M. R., Grande, T., Kleist, J., et al (1997). What happens when effective outpatient civil commitment is terminated? *New Directions for Mental Health Services*, 15, 49-59.
26. Munetz, M. R., Grande, T., Kleist, J., et al (1996). The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric Services*, 47, 1251-53.

27. Sensky, T., Hughes, I., Hirsch, S. (1991). Compulsory psychiatric treatment in the community I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the mental health act: Special characteristics of patients treated and impact of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 158, 792-99.
28. Wagner HR et al. Does involuntary outpatient commitment....*Psychology, Policy and the Law* 2003; 9: 145-58
29. Vaugham et al. Compulsory treatment order.... *Australian & New Zealand J of Psychiatry* 2000; 34: 801-8
30. Erikson SK. A retrospective examination of outpatient commitment in New York. *Beh Sci Law* 2005; 23 (5): 627-45
31. Priebe et al. Involuntary admissions and PTSD in schizophrenia patients. *Comp Psychiatry* 1998; 39: 220-4
32. Meyer et al. PTSD related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenia and delusional patients. *J Nerv Ment Disorders* 1999; 187: 343-52
33. Hiday V. Coercion in civil commitment, process, preferences and outcome. *International journal of law and psychiatry* 1992; 15(4): 290-6
34. Cascardi. Poytress. Correlates of perceived coercion during hospital admission. *International journal of law and psychiatry* 1997; 20(4): 445-58
35. Frank D, Perry JC et al. Effects of compulsory treatment orders on time to hospital readmission. *Psych Services* 2005; 56(7): 867-9
36. O'Keefy et al. Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community based treatment. *J Nerv Ment Disease* 1997; 185(6): 409-11
37. Fernandez GA, Nygaard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving door syndrome in North Carolina. *Hosp Com Psychiatry* 1990; 41(9) 1001-4
38. Preston et al. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community. *BMJ* 2002; 324 (May): 1244
39. Szmukler G, Hotepf. Effectiveness of involuntary outpatient commitment. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (april): 653-4
40. Swanson et al. Effects of involuntary outpatient commitment in subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Beh Sci Law* 2003; 21(4): 479-91

41. Ridgely, Borum Petri J. The effectiveness of involuntary treatment. RAND Institute for civil Justice 2001.
42. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S: Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. Psychiatr Serv 1999; 50:1049-1052
43. \*Wallsten T, Kjellin L, Lindström L. Short term outcome of inpatient psychiatric care- impact of coercion and treatment characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology. 2006; 41:975-980

**Ble vurdert for muligens inklusion, men ble forkastet etter nærmere vurdering og av andre grunner som er notert for hver artikkel**

44. Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J: Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:297-304. ***Tvang ikke en variabel***
45. Hannerz H, Borga P, Borritz M: Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. Public Health 2001; 115:328-337 ***Tvang ikke en variabel***
46. Hansson L: Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. A study of a 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organization. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1989; 239:93-100. ***Ikke on-line. Eldre enn 1990***
47. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ: Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1999; 187: 721-729 ***Tvang ikke en variabel***
48. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB, Machón RA: Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up. Schizophr Res 1991; 4: 1-9 ***Ikke on-line.***
49. Gale SW, Mesnikoff A, Fine J, Talbott JA: A study of suicide in state mental hospitals in New York City. Psychiatr Q 1980; 52:201-213 ***Ikke on-line. Eldre enn 1990***
50. Read DA, Thomas CS, Mellsop GW: Suicide among psychiatric in-patients in the Wellington region. Aust N Z J Psychiatry 1993; 27:392-398 ***Ikke on-line.***
51. Roy A, Draper R: Suicide among psychiatric hospital in-patients. Psychol Med 1995; 25:199-202 ***Tvang ikke en variabel***
52. Arcuni OJ, Asaad G: Voluntary and involuntary schizophrenic patient admissions on the same general hospital psychiatric unit. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11:393-396. ***Eldre enn 1990. Ikke on-line***

## VEDLEGG 2.

### **REFERANSER, EFFEKTER AV TVANGSBEHANDLING, FEBRUAR 2009 (Liste 2)**

1. Appelbaum, P., Gutheil TG. Drug Refusal: A study of Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137(3): 340-346.
2. Appelbaum, P., Roth LH. Involuntary treatment in Medicine and Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141(2): 202-205.
3. Appelbaum, P. The Right to Refuse Treatment With Antipsychotic Medications: Retrospect and Prospect. *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145(4): 413-419.
4. Beasley C.M., Sutton V.K., Hamilton S.H., Walker D.J., Dossenbach M., Taylor C.C., Alaka K., Bykowski D. & Tollefson G.D. A double-blind, randomised, placebo-controlled trial of olanzepine in the prevention of psychotic relapse. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2003; 23(6), 582–594.
5. Beck, J., & Golowka, E. A study of enforced treatment in relation to Stone's 'Thank you' theory. *Behavioral Sciences and the Law*, 1988; 6: 559-66.
6. Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., Schmitz, M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2002; 37(6): 276-82.
7. Bindman et al 2005. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow up. A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40: 160-66
8. Bowers L., Van de Werf B., Vokkolainen A., Muir-Cochrane E., Allan T. & Alexander J. International variation to containment measures for disturbed psychiatric inpatients. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44(3), 357–364.
9. Christensen TB. Tvangsbehandling med legemidler I en psykiatrisk avdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2003; 123(7): 921-924
10. Ciccone JR., Tokoli JF., Gift TE., Clements CD. Medication refusal and Judicial Activism: A Reexamination of the Effects of the Rivers Decision. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44(6) 555-560
11. Clark, C., Becker, M., Giard, J., Mazelis, R., Savage, A., Vogel, W. The Role of Coercion in the treatment of women with co-occurring disorders and histories of abuse. *Journal of Behavioral Health Sciences Services & Research* 2005; 32(2): 167-81

12. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002; 9, 325–337.
13. Frank D, Perry JC et al. Effects of compulsory treatment orders on time to hospital readmission. *Psych Services* 2005; 56(7): 867-9
14. Fernandez GA, Nygaard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving door syndrome in North Carolina. *Hosp Com Psychiatry* 1990; 41(9) 1001-4
15. Gray, B. Forced Medication—the unreason of psychiatry. *Mental Health Today* 2008; 26-7.
16. Greenberg W.M.&Attia S. Nonemergent forcible medication in an acute hospital. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 1993; 21(4), 465–473.
17. Greenberg W.M., Moore-Duncan L. & Herron R. Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 1996; 24(4), 513–524.
18. Gudjonsson G.H., Rabe-Hesketh S. & Wilson C. Violent incidents on a medium secure unit: the target of assault and the management of incidents. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 2000; 11(1), 105–118.
19. Gudjonsson G.H., Rabe-Hesketh S. & Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184, 258–262.
20. Haglund K., Von Knorring L. & Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003; 10, 65–72.
21. Haregreaves WA., Shumway M, Knutsen EJ., et al. Effects of Jamison-Farabee Consent Decree: Due Process Protection for Involuntary Psychiatric Patients Treated with Psychoactive Medication. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144(2): 188-192
22. Hatling, T. & Krogen, T. (1998). Bruk av tvang i norsk psykiatri. En empirisk gjennomgang. Trondheim, Sintef, Unimed NIS.
23. Hoge, S.K., Appelbaum, P.S., Lawlor, T. et al. A Prospective, Multicenter Study of Patients' Refusal of Antipsychotic Medication. *Archives of General Psychiatry*, 1990; 47: 949-956.
24. Hiday V. Coercion in civil commitment, process, preferences and outcome. *International journal of law and psychiatry* 1992; 15(4): 290-6



25. Houston KG, Mariotto M, Hays JR: Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychol Rep* 2001; 88:1012-1014
26. Jarrett M., Bowers L., Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64(6): 537-548
27. Kaltiala-Heino R., Korkeila J., Tuohimäki C., Tuori T. & Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 2000; 15, 213–219.
28. Katsakou C, Priebe S: Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 2006; 114: 232-241
29. Korkeila J.A., Tuohimäki C., Kaltiala-Heino R., Lehtinen V. & Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2000; 56, 339–345.
30. Levin S, Brekke JS, Thomas P. A Controlled Comparison of Involuntary Hospitalized Medication Refusers and Acceptors. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1991; 19(2): 161-171.
31. Lind M., Kaltiala-Heino R., Suominen T., Leino-Kilpi H. & Välimäki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004 11, 379–385.
32. Lucksted A. & Coursey R.D. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services*, 1995; 46(2), 146–152.
33. Naber D., Kircher T. & Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *European Psychiatry*, 1996; 11, 7–11.
34. Nierenberg A.A., Petersen T.J. & Alpert J.E. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry suppl*, 2003; 64(15), 13–17.
35. O'Keefe et al. Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community based treatment. *J Nerv Ment Disease* 1997; 185(6): 409-11
36. Poulsen H.D. & Engberg M. Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001 103, 60–65.
37. Preston et al. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community. *BMJ*, 2002; 324 (May): 1244
38. Rain et al. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatric Services*, 2003; 54: 103-5

39. Rapp M.S. Chemical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1987 32, 20–21.
40. Ridgely, Borum Petri J. The effectiveness of involuntary treatment. RAND Institute for civil Justice, 2001
41. Ruggeri, M., Salvi, G., Bonetto, C., Lasalvia, A., Allevi, L., Parabiaghi, A., Bertani, M., Tansella, M. Outcome of patients dropping out from community-based mental health care: a 6-year multiwave follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 2007; (437):42-52.
42. Salize HJ, Dressing H: Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:576-84
43. Schwartz H.I., Vingiano W. & Bezirgianian Perez C. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39(10), 1049–1054.
44. Sensky, T., Hughes, I., Hirsch, S. Compulsory psychiatric treatment in the community I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the mental health act: Special characteristics of patients treated and impact of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158, 792-99.
45. Sirinivasan, T., Thara, R. At issue: management of medication noncompliance in schizophrenia by families in India. *Schizophr Bull* 2002; 28(3): 531-5.
46. Steinert, T., Kallert, T.W. Involuntary medication in psychiatry. *Psychiatrische Praxis* 2006; 33(4): 160-9.
47. Steinert T. & Schmid P. (2004) Effect of voluntariness of participation in treatment on short-term outcome of inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2004; 55(7), 786–791.
48. Swartz MS. Swanson JW. Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences & the Law*. 21(4):459-72, 2003.
49. Vaughn et al. Compulsory treatment order.... *Australian & New Zealand J of Psychiatry*, 2000; 34: 801-8
50. Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J., Frigge, K., Dries, P., Bowers, L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services* 2008; 59(2): 209-11.
51. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J: Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:203-210

52. Wagner HR et al. Does involuntary outpatient commitment....Psychology, Policy and the Law 2003; 9: 145-58
53. Wallsten T, Kjellin L, Lindström L. Short term outcome of inpatient psychiatric care- impact of coercion and treatment characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology. 2006; 41:975-980
54. Wynn, Rolf, Myklebust, Lars-Henrik and Bratlid, Trond(2007)'Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists',Nordic Journal of Psychiatry,61:6,433 — 437
55. Zito JM, Craig TJ., Wanderling J. New York Under the Rivers Decision: An Epidemiological Study of Drug Treatment Refusal. Am J Psychiatry, 1991; 148(7): 904-909.

Jan Fridthjof Bernt:

# Utkast til endringer i Lov om psykisk helsevern

## § 2-1. Hovedregelen om samtykke<sup>1</sup>

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her. *Helsepersonellet skal ut fra pasientens psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til psykisk helsevern.*<sup>2</sup>

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

## § 3-3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:<sup>3</sup>

*Vedtak om tvungent psykisk helsevern kan treffes hvis pasienten har en alvorlig sinnslidelse,<sup>4</sup> frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette,<sup>5</sup> og den ansvarlige institusjonen er faglig og*

---

<sup>1</sup> Dagens lovtekst, men med en ny andre setning i første avsnitt.

<sup>2</sup> Andre setning er samme tekst som i Pasientrettighetsloven § 4-3 tredje avsnitt, andre setning, men foreslått tatt inn også her som et grunnleggende viktig prinsipp, likevel slik at «alder» er tatt ut. Vi snakker bare om voksne pasienter her.

<sup>3</sup> Samme som i dagens lov. Spørsmålet om en ny utforming av reglene med krav om to uavhengige legeundersøkelser som drøftet i rapporten, er ikke tatt opp her. Det krever mer inngående vurdering.

<sup>4</sup> Dette står i dag først i innledningen i nr. 3. Dette er imidlertid grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern, og bør derfor komme først.

<sup>5</sup> § 3-3 første avsnitt, nr. 1, i dagens lov. Dette vilkåret vil etter dette utkastet være oppfylt i to typesituasjoner; for det første der pasienten mangler nødvendig samtykkekompetanse, og for det andre i de situasjoner hvor pasient med samtykkekompetanse kan tas under tvungent psykisk helsevern, se bokstav c og d, og hvor pasienten enten ikke vil samtykke, eller frivillig psykisk helsevern ikke kan benyttes av sikkerhetshensyn.

*materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg, og er godkjent i henhold til § 3-5,<sup>6</sup> i følgende situasjoner:<sup>7</sup>*

- a) Psykisk helsevern er i pasientens interesse, han eller hun er på grunn av sinnslidelsen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke til slikt vern innebærer, men motsetter seg ikke dette,<sup>8</sup> og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp om han eller hun hadde hatt samtykkekompetanse.<sup>9</sup>*
- b) Psykisk helsevern er nødvendig for å avverge fare for alvorlig<sup>10</sup> helseskade, men pasienten motsetter seg dette, hvis han eller hun på grunn av sinnslidelsen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke til eller nektelse av slikt vern innebærer, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik helsehjelp om han eller hun hadde hatt samtykkekompetanse.<sup>11</sup> Helsepersonellet skal ut fra pasientens psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn forsøke tillitskapende for å få pasienten til å oppgi sin motstand, eller som gjør det mulig å redusere tvangsbruken.<sup>12</sup>*

---

<sup>6</sup> Her er vilkåret i dagens § 3-3 nr. 4, om faglig og materiell standard, flyttet opp sammen med det andre grunnvilkåret – alvorlig sinnslidelse. Dette kravet følger allerede av det generelle forsvarlighetskravet i helselovgivningen.

<sup>7</sup> Her er det foretatt en skarpere oppdeling av de ulike tvangsgrunnlagene, for å bidra til større klarhet i vedtak og journalføring, og enklere rapportering. Inngangen til alternativene er omskrevet av språklige grunner, og rekkefølgen av alternativene er endret, slik at de mest praktiske situasjonene kommer først.

<sup>8</sup> Tilsvarende formulering som i Pasientrettighetsloven § 4-3 andre avsnitt, jf. § 4-6, slik at det blir den samme type vurdering av om det skal gis somatisk og psykisk helsehjelp.

<sup>9</sup> Dette er samme regel som i Pasientrettighetsloven § 4-6 andre avsnitt. Den skiller ut de situasjoner hvor pasienten ikke motsetter seg å bli tatt under psykisk helsevern, og introduserer antatt samtykke – hva det er grunn til å tro pasienten ville ønske om hun eller han hadde samtykkekompetanse – som et særlig grunnlag for å gi psykisk helsevern. I praksis betyr dette at tvungent psykisk helsevern kan etableres for pasienter som ikke motsetter seg dette, så lenge det ikke foreligger konkret informasjon som peker i retning av at dette ville pasienten ikke gitt tillatelse til om han eller hun hadde hatt samtykkekompetanse. Bestemmelsen innebærer dermed en vesentlig lempning av vilkårene for å etablere tvungent psykisk helsevern i situasjoner der samtykkekompetanse mangler, men pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen.

<sup>10</sup> I Pasientrettighetsloven «vesentlig helseskade». Det er anført at «alvorlig helseskade» vil passe bedre i vår sammenheng, jf. «alvorlig sinnslidelse».

<sup>11</sup> Dette er i praksis samme regel som i Pasientrettighetsloven § 4A-3 andre avsnitt. Kravet om antatt samtykke – at det er sannsynlig at pasienten ville ha samtykket om han eller hun hadde samtykkekompetanse, gjelder selvsagt like mye her som der pasienten ikke motsetter seg vernet.

<sup>12</sup> Nytt i forhold til dagens lovtekst. I § 4-4 om tvangsbehandling er tilsvarende krav uttrykt slik i tredje avsnitt: «når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt». Her er det imidlertid ikke spørsmål om å få samtykke, for pasienten kan forutsetningsvis ikke gi gyldig samtykke, men dels om å prøve å få pasienten til å oppgi sin motstand slik at vi kan komme over i bokstav a, og dels om å mildne traumet ved tvangsbruken ved å skape et tillitsforhold hvor pasienten i en viss forstand avfinner seg med at det iverksettes behandling som han eller hun fortsatt motsetter seg, men kanskje ikke så sterkt som i utgangspunktet.

c) *Psykisk helsevern er nødvendig fordi det foreligger akutt fare<sup>13</sup> for pasientens liv eller alvorlig helseskade på grunn av sinnslidelsen.<sup>14</sup>*

d) *Psykisk helsevern er nødvendig fordi pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse på grunn av sinnslidelsen.<sup>15</sup>*

Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted der dette etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.<sup>16</sup>

Pasienten skal gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-9.<sup>17</sup> *Hvis pasienten på grunn av sinnslidelsen åpenbart ikke i stand til å forstå hva samtykke til eller nektelse av slikt helsevern vil innebære, skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.<sup>18</sup>*

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.<sup>19</sup>

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har fremsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.<sup>20</sup>

---

<sup>13</sup> Dette er en konkretisering av den generelle regel om rett og plikt til å gi øyeblikkelig hjelp i Helsepersonelloven § 7. Faren for eget liv eller alvorlig helseskade må være akutt for å treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern i medhold av denne bestemmelsen. Spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern på grunn av fare for alvorlig helseskade ellers, er regulert i bokstav a og b.

<sup>14</sup> Her er akutsituasjonene skilt som eget punkt. I dag er disse ikke særskilt omtalt i loven. Her vil det imidlertid være adgang til intervensjon også overfor pasient med samtykkekompetanse, ut fra reglene om øyeblikkelig hjelp og nødrett, men da bare for å avverge den konkrete faresituasjon.

<sup>15</sup> Videreføring av § 3-3 første avsnitt bokstav b i dagens lovtekst. Det er delte meninger om dette er en tvangshjemmel som hører hjemme i Psykisk helsevernloven, men det ligger utenfor arbeidsgruppen mandat å ta opp som tema.

<sup>16</sup> Dette er samme regel som i dagens § 3-3 første avsnitt nr. 6.

<sup>17</sup> Samme regel som i dagens § 3-3 nr. 5.

<sup>18</sup> En tilpasset versjon av pasientrettighetsloven § 4-6 andre avsnitt, andre setning og § 4A-5 siste avsnitt.

<sup>19</sup> § 3-3 andre avsnitt i dag. I NOU 1988:8 ble det foreslått at vedtak skal treffes av en særskilt innleggelsesnemnd hvis pasienten motsetter seg etablering av psykisk helsevern. Dette bør eventuelt vurderes i sammenheng med rettsikkerhetsproblematikken i sin helhet, herunder reglene om kontrollkommisjonene og domstolskontroll, men da er vi kommet svært langt utenfor arbeidsgruppens mandat.

<sup>20</sup> Siste avsnitt i dagens § 3-3.

#### § 4-4. Vilkår for behandling uten eget samtykke<sup>21</sup>

Pasient under tvungent psykisk helsevern som ikke har samtykkekompetanse,<sup>22</sup> kan undergis undersøkelse og behandling som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet,<sup>23</sup> og som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent<sup>24</sup> metode og forsvarlig klinisk praksis.<sup>25</sup>

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje etter at det er forsøkt å oppnå gyldig samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at slikt samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Helsepersonellet skal ut fra pasientens psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til undersøkelsen eller behandlingen.<sup>26</sup> Hvis pasienten ikke kan gi gyldig samtykke, skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva hun eller han ville ha ønsket.<sup>27</sup>

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling.<sup>28</sup> Uten at pasienten har gitt et gyldig samtykke, kan det ikke gjennomføres behandling som er av inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet, unntatt i følgende situasjoner<sup>29</sup>:

- a) Pasient som på grunn av sinnslidelsen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter,<sup>30</sup> men ikke motsetter seg dette, kan behandles med

---

<sup>21</sup> Bestemmelsen om behandling uten samtykke foreslås delt i to. Den vil eller bli svært lang.

<sup>22</sup> På samme måte som etter pasientrettighetsloven § 4-6, kan helsehjelp uten gyldig samtykke som alminnelig utgangspunkt bare gis der pasienten ikke har kompetanse til å gi samtykke til denne.

<sup>23</sup> ”Lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet” er tatt inn her for å tydeliggjøre lovens regel om at dette som alminnelig utgangspunkt er lovlig.

<sup>24</sup> Her er ordet ”psykiatrisk” tatt ut, som en konsekvens av også psykologifaglige metoder vil kunne inngå i behandlingsopplegget. Denne formuleringen korresponderer med terminologien andre steder i loven hvor man snakker om «den faglig ansvarlige», som den som treffer avgjørelser.

<sup>25</sup> Dette er ellers samme tekst som i dag.

<sup>26</sup> Pasientrettighetsloven § 4-3 tredje avsnitt, andre setning, men likevel slik at «alder» er tatt ut. Vi snakker bare om voksne pasienter her.

<sup>27</sup> Dette er innholdsmessig samme regel som i Pasientrettighetsloven § 4-6 andre avsnitt, men slik at bestemmelsen om at «Vedtak om behandling på dette grunnlag kan bare treffes hvis det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp om han eller hun hadde hatt samtykkekompetanse» ikke er med her. Dette kravet gjelder bare i forhold til bokstav a og b nedenfor.

<sup>28</sup> § 4-4 fjerde avsnitt, første setning, i dag.

<sup>29</sup> En reformulering av andre avsnitt i dagens lovtekst.

<sup>30</sup> Samme ordlyd om i Pasientrettighetsloven § 4-3 avsnitt.

*legemidler uten eget samtykke når dette er i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik behandling.<sup>31</sup>*

- b) *Pasient som på grunn av sinnslidelsen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, og som motsetter seg behandlingen, kan behandles med legemidler hvis unnlattelse av å gi slik helsehjelp kan føre til alvorlig<sup>32</sup> helseskade for pasienten, og det er sannsynlig at han eller hun ville ha gitt tillatelse til slik behandling.<sup>33</sup> Helsepersonellet skal ut fra pasientens psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn forsøke tillitskapende tiltak for å få pasienten til å oppgi sin motstand, eller som gjør det mulig å redusere tvangsbruken.<sup>34</sup> Det skal også vurderes om det kan tilbys frivillige tiltak som alternativ til den undersøkelse og behandling som pasienten motsetter seg.<sup>35</sup>*
- c) *Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.<sup>36</sup>*

*Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres som ledd i et helhetlig behandlingsopplegg og med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger, med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser.<sup>37</sup>*

---

<sup>31</sup> Dette er da samme regel som i Pasrl. § 4-6 for somatiske behandlingstiltak.

<sup>32</sup> «Alvorlig helseskade» i stedet for «vesentlig helseskade»«anerkjent psykiatrisk metode». bl.a. for å komme bedre i overensstemmelse med «alvorlig sinnslidelse».

<sup>33</sup> Samme regel som i Pasrl. § 4A-3 andre avsnitt, bokstav a for somatiske behandlingstiltak.

<sup>34</sup> Nytt i forhold til dagens lovtekst. I § 4-3 om tvangsbehandling er tilsvarende krav uttrykt slik: «når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt». Her er det imidlertid ikke spørsmål om å få samtykke, for pasienten kan forutsetningsvis ikke gi gyldig samtykke, men dels om å prøve å få pasienten til å oppgi sin motstand slik at vi kan komme over i bokstav a, og dels om å mildne traumet ved tvangsbruken ved å skape et tillitsforhold hvor pasienten i en viss forstand avfinner seg med at det iverksettes behandling som han eller hun fortsatt motsetter seg, men kanskje ikke så sterkt som i utgangspunktet.

<sup>35</sup> § 4-4 tredje avsnitt i dag, med en justering av slutten av setningen. Problemet her er ikke fravær av samtykkekompetanse, men motstanden. Hvis man finner frem til et behandlingsopplegg som pasienten ikke motsetter seg, men hvor samtykkekompetanse fortsatt mangler, er vi over i bokstav a.

<sup>36</sup> § 4-4 andre avsnitt, bokstav b i dag.

<sup>37</sup> § 4-4 andre avsnitt, bokstav a, andre setning, i dag, sammenskrevet.



#### § 4-4a. Vedtak om behandling uten eget samtykke

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.<sup>38</sup> Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.<sup>39</sup> *Vedtaket skal innarbeides i en behandlingsplan for pasienten som skal inneholde bestemmelser om*

- (i) *typer og omfang av legemiddelbruk,*
- (ii) *forventet behandlingmessig effekt*
- (iii) *forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidler som benyttes,*
- (iv) *med hvilke virkemidler behandlingen skal gjennomføres, herunder karakteren og omfanget av eventuell tvangsbruk,*
- (v) *hvordan eventuell tvangsbruken forventes å påvirke pasienten, og*
- (vi) *opplegg for fortløpende vurdering av behandlingstiltakets effekt.*

Vedtaket etter paragrafen her kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.<sup>40</sup>

Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.<sup>41</sup>

#### § 7-1. Domstolsprøving<sup>42</sup>

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3 og 3-7, kan av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende bringes inn for tingretten etter reglene i Tvisteloven kapittel 36. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. §§ 4-10 og 5-4,<sup>43</sup> og fylkesmannens vedtak i sak om klage over behandling uten eget samtykke etter § 4-4a.<sup>44</sup>

---

<sup>38</sup> § 4-4 femte avsnitt i dag.

<sup>39</sup> § 4-4 sjettede avsnitt i dag.

<sup>40</sup> § 4-4 sjuende avsnitt i dag.

<sup>41</sup> § 4-4 siste avsnitt også i dag.

<sup>42</sup> I dag heter bestemmelsen ”domstolsprøving”, jeg tror ikke det er riktig norsk.

<sup>43</sup> Frem til hit; samme tekst som i dagens § 7-1.

<sup>44</sup> I dag kan behandling uten eget samtykke ikke bringes inn for domstolene som eget tema, Tatt i betraktning at dette i mange sammenhenger er det langt mest inngripende tvangstiltaket i det psykiske helsevern, er denne unnlåtelsen vanskelig å forsvare. Og her trenger vi enda mer enn ellers den spesielt raske saksbehandlingen som er etablert i Tvisteloven kap. 36.

## Vedlegg 5

### **Arbeidsgruppe-behandlingsvilkåret i psykisk helsevern, Sosial-og helsedirektoratet.**

### **Tid for endring og paradigmeskifte**

**Særruttalelse fra Hege Orefellen og Mette Ellingsdalen, We Shall Overcome (WSO) og Bjørg Njaa, medlem Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) og leder Menneskerettighetsutvalget (LPP)<sup>1</sup>. Mai 2009.**

Det har vært et uttalt politisk mål, bl.a. gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, å redusere bruken av tvang i det psykiske helsevern. Det har man ikke lyktes med, og man må stille spørsmål ved hvorfor man ikke har klart å styre dette politisk. Målsetningen om reduksjon i tvangsbruk følges ikke opp med handling og egnede virkemidler.

Ved å ha tilgang til utstrakt bruk av tvang har ikke hjelpeapparatet hatt tilstrekkelig fokus på å bygge opp hjelpetilbud pasientene ønsker og vil delta frivillig i. Opptrappingsplanen har derved bidratt til å befeste tvangen som nødvendig, som det eneste alternativ, og dermed til å befeste ideen om at tvang er en nødvendig forutsetning for å komme til med behandling.

Opptrappingsplanen fokuserte i utgangspunktet i stor grad på strukturelle endringer og kvantitet; mer penger, flere fagfolk, kortere ventelister, flere DPSer mv., og mindre på innhold, kvalitet og resultater. Dersom kvaliteten på tjenestene er for dårlig, og behandlingsstrategien som det dominerende paradigmet bygger på har grunnleggende svakheter, mangler eller feil ved seg, så vil ikke mer av det samme føre til en bedre psykisk helsetjeneste.

Som Generalsekretær i Rådet for psykisk helse, Sunniva Ørstavik sier:

*"Vi vil karakterisere situasjonen i dag som «mer, men ikke bedre». (...) 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." <sup>2</sup>*

For å få til en nødvendig snuoperasjon på psykisk helsefeltet må fokus og innsats rettes mot kunnskapsgrunnlag, behandlingsstrategi, lovgivning, maktfordeling, bruk av tvang og menneskerettigheter. For å komme videre med å bygge en bedre og mer human psykisk helsetjeneste, er det nødvendig å ta et kritisk oppgjør med teorier, lovhjemler og praksiser som er med på å opprettholde et system og en tvangsbruk som for mange oppleves så ødeleggende at det går på menneskeverdet, livet og helsen løs.

---

<sup>1</sup> Det andre medlem i arbeidsgruppen fra LPP, landsstyreleder Carl Fredrik Aas, støtter ikke denne særruttalelsen. Hans syn, som deles av landsstyret, fremgår av rapporten.

<sup>2</sup> Ørstavik, S. Tid for bråk, Aftenposten 10.10.2007

Psykiatriens dominerende posisjon må endres; dens rolle som premissleverandør, dens definisjonsmakt, ideologi og tilslørende begrepsbruk har gjort stor skade, og vil stille seg i veien for en nyorientering.

Tiden er inne for en omfattende debatt om innhold og lovregulering.

Politikerne må ta ansvar for utviklingen. Politikerne må ta konsekvensene av de feil som er gjort, og legge til rette for at det kan utvikles en ny modell for et behandlings- og tjenestetilbud på et ikke diskriminerende grunnlag.

Tiden er inne for endring!

*”De gjeldende innesperringsregler må først og fremst ses i lys av tradisjonsbestemte forhold av kulturell og sosial karakter. Det er ikke grunnlag for å hevde at sinnslidende (...) har et særlig behov eller er spesielt egnet for innesperring eller behandling under tvang”.*

*- Høyesterettsdommer Ketil Lund, NOU 1988:8*

## **Ny forståelse, nye begreper**

Norge undertegnet FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) 30. mars 2007. Konvensjonen er allerede ratifisert av 51 land og trådte i kraft 3. mai 2008. Norge er i en ratifiseringsprosess, men har allerede gjennom undertegning forpliktet seg til å ikke handle i strid med konvensjonens formål.

Vi har argumentert for en ny modell, basert på menneskerettigheter og prinsippet om ikke-diskriminering i tråd med CRPD. En modell basert på disse prinsippene innebærer et brudd med den rådende ideologi og praksis, hvor frihetsberøvelse og tvang har en sentral plass. Det medfører at det språket og den begrepsbruk som formidler den rådende ideologi ofte blir uakseptabel og uegnet, fordi begrepene omskriver og tilslører.

Et illustrerende eksempel er begrepene ”behandling” og ”hjelp”, ved at det ofte brukes for å betegne tvang, samtidig som pasienter og pårørende kan oppleve samme ”behandling” og ”hjelp” som overgrep og mishandling. Ved å sette likhetstegn mellom tvang og hjelp/behandling tilsløres hva dette egentlig handler om, nemlig bruk av tvang. Man kan ikke kalle tvang for hjelp hvis det ikke reelt sett er en hjelp for pasienten. Enten fordi behandlingen i seg selv ikke oppleves som hjelp for pasienten, eller fordi selve tvangsopplevelsen er så negativ og tillitsbrytende at det ødelegger for muligheten til å ta i mot hjelp. Formålet med tvangen fremstår som viktigere enn hva det reelle resultatet av tvangen er.

*”Det tragiske er at det som begynner som omsorg og skal sikre pasienten rett til behandling, oppfølging og kartlegging, åpner for bruk av polititransport, tvangsmedisinering, beltelegging og glattcelle (...). Handlinger som i andre hus kalles tortur, overgrep og straff, skal gis et annet fortegn når det utføres av leger (...). Psykiatriske pasienter må forholde seg til et helsevesen der den samme hånden som trøster og sier den vil hjelpe, i neste omgang legger dem i belter. Å takle en slik situasjon er umenneskelig og fører til kaos i et menneskesinn. Når traumet er et faktum, har du ingen steder å gå, annet enn tilbake der de påførte deg skaden, men nekter å gi den legitimitet”. (Tidligere psykiatrisk pasient i Balanse nr. 3/2001)*

Et annet eksempel er ”manglende sykdomsinnsikt”, som formidler en påstand både om ”sykdom” og om manglende innsikt i egen situasjon. Ved å bevege oss ut av den ”medisinske modellen” og over i en ”menneskerettighets/sosial modell” kan vi ta et nødvendig og kritisk blikk på realiteten i disse begrepene.

Det eksisterer forskjellige opplevelser og meninger om hva psykiske lidelser er, og mange tar sterkt avstand fra sykdomsbegrepet. Det begrepet som er brukt i CRPD er "mental funksjonsnedsettelse", mens ”psykososial funksjonsnedsettelse” anvendes av den internasjonale bruker/-overlever bevegelsen. Psykososial funksjonsnedsettelse sier noe om at problemene oppstår i enkeltmenneskets møte med samfunnet og etablerte normer, og krever ikke at man anerkjenner psykiske lidelser som sykdom, knyttet opp mot den medisinske modellen. Psykososial funksjonsnedsettelse er på den måten et mer nøytralt begrep vi bør kunne samles om, selv om det foreløpig er nytt og lite kjent.

I fortalen til konvensjonen står det at konvensjonen ... *erkjenner at funksjonshemming er et begrep i utvikling, og at funksjonshemming er et resultat av interaksjon mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og holdningsbestemte barrierer og barrierer i omgivelsene som hindrer dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre, ...*

Å ta et slikt oppgjør med grunnlagstenkningen som ligger bak dagens lovgivning og praksis er en krevende oppgave, fordi det utfordrer oppleste og vedtatte sannheter det sjelden stilles spørsmål ved.

## **Erfaringer/ virkelighetsbeskrivelse**

Svært forskjellige beskrivelser av virkeligheten fremkommer når det er snakk om tvang. De som utøver tvang, og de som utsettes for tvang beskriver samme hendelser og praksis på vidt forskjellig måte. Også blant de som har vært utsatt for tvang er historiene forskjellige, fra de som beskriver tvang som et overgrep og sterkt krenkende med store negative konsekvenser, til de som har opplevd tvangen som nødvendig sett i ettertid. Vi har valgt å bruke en del sitater fra pasienter og pårørende som har opplevd tvang, fordi vi mener at deres beskrivelser av hva de har opplevd gir et godt innblikk i hva det handler om.

Mange historier fra pasienter og pårørende er vitnemål om tvangsinngrep som oppleves urettmessig, nedbrytende og helseskadelig. Det fortelles om bruk av reimer, håndjern, fotlenker og transportbelter, om langvarige frihetsberøvelser og sosial isolasjon, om tvangsmedisinering som gir alvorlige skadevirkninger, om elektroshokk gitt uten innformert samtykke, om integritetskrenkelser, om nedverdiggende og traumatisk behandling, om maktovergrep og avmakt, og om en følelse av å være rettsløs.

*"Nå er jeg underlagt tvangsmedisinering utenfor institusjon, i mitt eget hjem. Det plager meg dypt. Jeg har fått mer enn nok av leger, medisiner og tvangsmedisinering. De gjør ikke annet enn å ødelegge livet for meg. Psykiatrien stirrer seg blind på det de mener er positive behandlingseffekter av sin tvangsmedisinering, og overser dybden av tvangsmedisineringens negative sideeffekter. Det er så vanskelig å beskrive den smerten som tvangspsykiatristene påfører meg. De plager meg så dypt at det ikke er mulig å forstå det uten å ha vært utsatt for det selv. Det å være undertrykket, det er det jeg er. Og det er psykiatrien som undertrykker meg". Pasient*

De mange og alvorlige fortellingene fra pasienter og pårørende om overgrep og krenkelser gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om psykiatrien i tilstrekkelig grad klarer å skille mellom behandling og mishandling. Fra flere hold er det ytret et ønske om å fjerne den ”unødvendige og krenkende tvangen”. Problemet er at psykiatrien pr. i dag ikke klarer å skille mellom ”unødvendig og krenkende” tvang, og såkalt ”nødvendig” tvang. Det er heller ikke mulig å forutsi hvem som faktisk vil oppleve seg hjulpet ved bruk av tvang, og hvem som vil oppleve å bli skadet. Det kan synes som det pr. i dag eksisterer en *psykiatrisk blindson*e, hvor tvangsinngrep, som er ment å skulle være til hjelp, systematisk skader, krenker og traumatiserer pasienter, uten at dette oppdages og registreres av fagmiljøene, kontrollorganene eller myndighetene.

En slik blindson e og tilsløring er også beskrevet av FNs Spesialrapportør for tortur:

*“(...) in the context of medical treatment of persons with disabilities, (...) serious violations and discrimination against persons with disabilities may be masked as "good intentions" on the part of health professionals”.*<sup>3</sup>

En del forteller om hvordan tvang førte til dyp fortvilelse og selvmordstanker/ selvmordsforsøk.

*"En uke etter å ha blitt krenket på det groveste på Post., hopper vår sønn ut av vinduet på rommet sitt, fredag ..., i ren desperasjon for å komme seg vekk fra psykiatrien. Det er 7 m ned til bakken. Ved undersøkelsen etterpå ble det påvist to brudd i ryggen. Å stenge mennesker inn på noen få kvadratmeter og tvangsføre dem med medikamenter som gjør mer skade enn godt, er ingen god måte å møte mennesker på." (pårørende)*

*"Noen ganger ble jeg tatt med ut på tur. Sprøyten hadde tatt bort både tankeevnen og taleevnen, så jeg kunne ikke delta i den påtatt blide konversasjonen som de ansatte forsøkte å dra meg inn i. Kroppen min var blitt som en subbete masse, og jeg hadde fått vite at jeg livet ut måtte få sprøyte. Jeg kjente at nå vil jeg ikke leve lenger. Jeg hadde aldri tenkt på selvmord før, men psykiatrien gjorde meg suicidal." Anne Grethe Theien, Psykisk Helse 2.2009*

Av de som faktisk har tatt sitt eget liv, er det vanskelig å spekulere i ettertid om årsak, men ikke bare det å unnlate å bruke tvang, men også bruk av tvang, og de skadene det fører med seg, kan resultere i selvmord.

Det er ikke sannsynliggjort eller dokumentert at psykiatrisk tvang redder liv eller forebygger selvmord.<sup>4</sup> Frihetsberøvelse og andre tvangsinngrep begrunnet i selvmordsforebyggende tiltak kan vanskelig rettferdiggjøres basert på det kunnskapsgrunnlag som foreligger. Akutte negative og dramatiske livshendelser, som det frihetsberøvelser og tvangsinngrep gjerne representerer, kan dessuten være utløsende årsaker til selvmord. Tvangsinngrep kan også føre til alvorlige traumer, og traumer er forbundet med økt risiko for selvmordsatferd.<sup>5</sup>

En del historier handler også om mennesker som sier at tvang har reddet deres liv, hjulpet dem til å ta tak i problemer, og var helt nødvendig. Også disse historiene kan inneholde

<sup>3</sup> UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

<sup>4</sup> Kunnskapscenteret, Forebygging av selvmord, del 2. Systematisk kunnskapsoppsummering (Nr 4. 2007)

<sup>5</sup> Mehlum, L. Vold, traumer og forebygging av selvmord. 5.nasjonale konferanse om selvmordsforebygging, Lillehammer, 2007.

elementer av krenkelse og kritikk av hvordan tvangen er gjennomført, men konklusjonene er andre enn våre. Dette er også en del av erfaringsperspektivet. Samtidig ser vi at dette ofte også er historier om et utilstrekkelig hjelpetilbud, for sen hjelp og mangel på gode alternativer. Pasientenes forventninger til hjelpeapparatet er dannet av hva man har opplevd og anser som rimelig å forvente, det kan være vanskelig å forestille seg andre muligheter, kanskje spesielt i lys av egne erfaringer. Vi er overbevist om at det i mange tilfeller ville vært mulig å komme til med frivillig hjelp og behandling, hvis dette ble tilbudt på et tidlig tidspunkt, med god oppfølging som er i tråd med pasientens egen forståelse av hva som er god hjelp.

Det er ikke noe grunnlag for å påstå at psykiatrisk tvangsbehandling minsker lidelse eller fører til at færre går til grunne. Mennesker går til grunne også på *grunn av* psykiatrisk tvangsbehandling, noen som følge av alvorlige traumer og psykisk nedbrytning, og noen som følge av skadevirkninger av psykofarmaka.

Et viktig spørsmål er hvilken plass den erfaringsbaserte kunnskapen skal ha i vurderinger rundt tvangspraksis og lovverk. Vi ser en tendens til at ”gode” og ”dårlige” historier blir forsøkt veid opp i mot hverandre, i et forsøk på å skape en slags balanse. Men en historie om overgrep kan ikke veies opp med en historie om hjelp. At noen opplever seg hjulpet gjennom tvang, og mener tvangen var nødvendig i deres tilfelle, kan aldri veie opp for eller legitimere at andre gjennom tvang opplever krenkelse og overgrep.

Vår konklusjon er at dagens praksis og lovverk skaper ofre. Å ikke ønske endring ut ifra en frykt for at det vil gå ut over noen som kanskje ikke får behandling, er å sette historiene til de som får hjelp over historiene til de som tvangen skader. Målet må være å legge til rette for at de som trenger det skal få hjelp og støtte, uten at det går ut over menneskerettighetene og rettsikkerheten til andre.

Det er mange utfordringer knyttet til dette, og vi har ikke ferdige løsninger på alle problemstillinger, men å erkjenne realitetene av både de positive og negative erfaringene er nødvendig og gir mulighet for å utvikle systemer der begge disse gruppernes menneskerettigheter ivaretas.

### **Pårørende erfaringer**

Det finnes ulike pårørende-perspektiver på tvang og behandlingskriteriet, noe som uttrykker ulikheter i erfaringer, relasjoner, holdninger og kunnskap. Vi har mottatt mange historier fra pårørende om krenkelser og overgrep påført gjennom tvang. Når mange pårørende allikevel mener løsningen er å beholde dagens lovgivning og dagens tvangsbaserte praksis, av redsel for at ”deres pasient” skal gå til grunne, kan dette være et uttrykk for en ”verstefallstenkning” som ikke ser alternativer. Eller det kan være uttrykk for at man forutsetter at den hittil svake satsningen på alternativer og frivillige løsninger vil fortsette. En slik strategi for å beholde behandlingskriteriet vektlegger ikke konsekvenser av dagens situasjon, med krenkelser og overgrep gjennom tvangsbruk. Pårørendes engstelse og pårørendes belastende situasjon må tas med største alvor, men vårt svar på disse utfordringene er ikke tvang.

*"Pårørende som ikke kjenner systemet, tror i utgangspunktet at pasienten, så sant han bare kommer til "behandling" i sykehuset, på samme måten som i somatikken, får nødvendig helsehjelp mot tilfriskning eller i alle fall bedring i tilstand. Problemet er at tvangsbehandling ikke er påvist virksom. Heller tvert i mot. Tvangsbehandling setter sår i sjelen."*

(pårørende, LPP).

Pårørendeorganisasjonenes rolle.

Internasjonalt ser vi at pårørendeorganisasjonene ofte støtter bruk av tvang, og til dels også aktivt argumenterer for dette. LPP sentralt ser også forløpig ut til å ha inntatt dette standpunktet. Vi ser dette primært som et uttrykk for mangelen på gode alternativer, og at pårørende derved "tvinges til tvang". Men det er problematisk og tragisk at pårørendeorganisasjoner på denne måten blir en støttespiller for å opprettholde krenkelser og menneskerettighetsbrudd.

## **Kunnskapsgrunnlaget – konsekvenser**

De mange historiene om tvang som overgrep, grove krenkelser og med langvarige traumatiske konsekvenser, som er fortalt av enkeltpersoner og gjennom bruker/ pårørende organisasjonene, gir grunn til å endre dagens lovgivning og praksis rundt bruken av tvang.

Tvangens eksistensberettigelse må ikke ligge som et gitt utgangspunkt. Utgangspunktet er at individene selv har rett til å råde over seg og sitt, uten innblanding fra offentlig myndighet. Man foretar *inngrep* i grunnleggende menneskerettigheter ved bruk av psykiatrisk tvang. Skal man ha lovfestet mulighet for alvorlige inngrep i individets private sfære, og fysiske og psykiske integritet, bør kreves det svært tungtveiende argumenter, samt god dokumentasjon vedrørende konsekvenser av slike inngrep.

Det sviktende kunnskapsgrunnlaget og usikkerheten som det er redegjort for i rapporten, tilsier at det ikke burde være åpning for slike tvangsinngrep, ikke at usikkerheten brukes som argument mot fjerning av inngrepsvilkårene. Vi er på dette punkt sterkt uenige i konklusjonene til arbeidsgruppens flertall. Sett i lys av tvangens skadepotensial og det sviktende kunnskapsgrunnlaget, må konklusjonen være å stoppe all bruk av tvang i behandlingsøyemed. Dette gjelder både tvangsinnleggelse ved behandlingskriteriet og tvangsbehandling.

## **Tvangsmedisinering**

Gjennom bruker- og pårørendeorganisasjonene, konferanser, forskning, litteratur og media er det samlet en svært stor mengde historier om tvangsmedisinering som fører til alvorlige skadevirkninger, lidelser, krenkelser og traumer.

*" Deretter ble jeg fraktet i politibil tilbake til sykehuset igjen hvor jeg ble tvangsinnlagt og tvangsmedisinert med sprøyte. Da de satte sprøyta lå jeg urørlig og gråt. På egenhånd hadde jeg jobbet målrettet i flere år med egne mestringsstrategier for å klare å leve best mulig med min funksjonshemming. Tvangsbehandlingen førte til at jeg fikk en dyp og langvarig depresjon. Det tok to år før jeg kom meg opp av depresjonen og ut av stua (...)"*  
(pasient)

Diskusjonen rundt tvangsmedisinering handler ikke først og fremst om et standpunkt for eller i mot bruk av medisiner ved psykiatriske diagnoser. Det handler om bruk av medisiner ved tvang. Tvangsmedisinering må ses ikke bare i et korttidsperspektiv, men også i forhold til langtids utsikter, både når det gjelder skadevirkninger og utsikt til bedring. Vi mener medisinering av psykisk lidelser i behandlingsøyemed, uten fritt og informert samtykke, ikke kan forsvares og må opphøre. De viktigste argumentene for dette er pasientenes historier, manglende dokumentert positiv effekt, bivirkninger og skadelige langtidseffekter, samt

menneskeretlige hensyn. Vi viser til kapittel 9.6 i rapporten for mer utfyllende argumentasjon.



## Ny modell – en psykisk helsetjeneste bygget på frivillighet, valgfrihet og menneskerettigheter

Menneskerettighetene bygger på overordnede og generelle prinsipper om ikke-diskriminering, autonomi, selvbestemmelse, frivillighet, og krav om fritt og informert samtykke. Dagens tvangs- og særlovgivning, og tilhørende praksis, på psykisk helsevernfeltet samsvarer ikke med de verdier og prinsipper, og juridisk bindende regler, som er nedfelt i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Det kan ikke lenger aksepteres at en stor gruppe mennesker, basert på psykiatrisk definisjonsmakt og en diskriminerende tvangs- og særlovgivning, får undergravet og tilsidesatt helt elementære rettigheter som retten til frihet, retten til respekt for privatliv, retten til tankefrihet, frihet fra mishandling mv.

Som vi har fremført i arbeidsgruppens innstilling, vil det ut fra dagens kunnskap om konsekvenser av psykiatrisk tvangsbruk, menneskerettslige betraktninger og ikke-diskrimineringsprinsipper, være nødvendig å få fjernet hele særlovgivningen for det psykiske helsevern med tilhørende tvangshjemler og bygge opp en alternativ modell.

De endringer vi mener er nødvendig i forhold til norsk lovgivning og praksis, må ses i sammenheng med det som nå skjer internasjonalt, i bruker- og overleverbevegelsen, og ikke minst i FN-systemet. Det pågår en stor internasjonal kamp for likeverd og like rettigheter, mot tvang, undertrykkelse og diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse, hvor psykiatriens brukere og overlever og deres organisasjoner har en sentral rolle. Den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD) er en milepæl i dette arbeidet.

CRPD er basert på en erkjennelse av at mennesker med funksjonsnedsettelse på mange områder hadde, og fortsatt har, et svakere menneskerettslig vern enn andre, og i praksis er avskåret fra elementære rettigheter og friheter de fleste tar for gitt:

*“Persons with disabilities are still primarily viewed as “objects” of welfare or medical treatment rather than “holders” of rights. The decision to add a universal human rights instrument specific to persons with disabilities was borne of the fact that, despite being theoretically entitled to all human rights, persons with disabilities are still, in practice, denied those basic rights and fundamental freedoms that most people take for granted. At its core, the Convention ensures that persons with disabilities enjoy the same human rights as everyone else and are able to lead their lives as full citizens”.*<sup>6</sup>

Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse har tradisjonelt vært særlig utsatt for diskriminerende unntaksbestemmelser og særlovgivning som har innskrenket deres rettigheter. Frihetsberøvelser og andre tvangsinngrep basert på psykisk lidelse har vært legitimert gjennom internasjonale menneskerettighetsinstrumenter. Et eksempel på dette er Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) art. 5 para 1, som åpner for ” (...) lovlig frihetsberøvelse av (...) sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere”.

---

<sup>6</sup> United Nation .From Exclusion to Equality - Realizing the Rights of Persons with disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212>

Et annet eksempel er FNs MI-prinsipper (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, FN 1991), som åpner for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av mennesker med psykiske lidelser. FNs spesialrapportør for helse påpeker hvordan omfattende unntaksvilkår nærmest medfører at hovedregelen om informert samtykke til helsehjelp blir meningsløs<sup>7</sup>.

*“The Mental Illness Principles recognize that no treatment shall be given without informed consent. This is consistent with fundamental tenets of international human rights law, such as the autonomy of the individual. But this core provision in the Principles is subject to extensive exceptions and qualifications. (...) in practice their combined effect tends to render the right of informed consent almost meaningless”.*

CRPD bryter tvert med MI-prinsippene, hvilket får konsekvenser for psykiatriske frihetsberøvelser og tvangsbehandling.

*“Prior to the entrance into force of the Convention, the existence of a mental disability represented a lawful ground for deprivation of liberty and detention under international human rights law. The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory”.*<sup>8</sup>

I FNs organer bruker man nå betegnelsen *paradigmeskifte* om de radikale endringer som er i ferd med å gjennomføres. Med CRPD forlattes også ”den medisinske modellen” til fordel for en menneskerettighets- og sosial modell:

*“First the Convention recognizes that disability is the result of the interaction between an individual with impairment and the physical, attitudinal and other barriers in society. The medical and charity model is completely abandoned in favour of a human rights and social model”.*<sup>9</sup>

## **En modell i tråd med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD-modellen)**

Vi anser CRPD for å være en meget god plattform for å gjennomføre det vi mener er nødvendige endringer i lovgivning, maktfordeling, grunnlagstenkning og tjenesteutvikling på nasjonalt nivå. Målet må være et godt og trygt hjelpeapparat, et tjenestesystem bygget på respekt for individets verdighet og menneskerettigheter, og et lovverk som ikke diskriminerer mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse. Også i forhold til konvensjoner Norge har ratifisert og er bundet av, vår nye diskriminerings- og tilgjengelighetslov mv., så er avskaffelse av lovverk som diskriminerer på grunnlag av funksjonsnedsettelse nødvendig.

---

<sup>7</sup>Report of the UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 11. February 2005. E/CN.4/2005/51.

<sup>8</sup> Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

<sup>9</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights. Expert meeting on freedom from torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and persons with disabilities. Geneva, 11/12-07.

CRPD presiserer viktige frihets- og ikke-diskrimineringsprinsipper, universelle rettigheter uten unntak for mennesker med funksjonsnedsettelse. Konvensjonen fastslår at:

- Mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne *på lik linje med andre, på alle livets områder*. Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal gis den støtten de kan trenge for å kunne bruke sin rettslige handleevne. (jf. art. 12).
- Ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet *på lik linje med andre*. Nedsatt funksjonsevne skal ikke i noe tilfelle rettferdiggjøre frihetsberøvelse (jf. art. 14).
- Mennesker med nedsatt funksjonsevne har *samme rett som andre* til å leve i samfunnet, med de samme valgmuligheter (jf. art. 19).
- Medisinsk personell skal gi mennesker med nedsatt funksjonsevne like god behandling som den som gis til andre, herunder at *behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke*, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (jf. art. 25).

### **Selvbestemmelse og ”supported decisionmaking” istedenfor tvang og overformynderi**

Etter CRPD-modellen deler man ikke inn samfunnet i ”de som får ta beslutninger om eget liv” og ”de som for kortere eller lengre perioder, begrunnet i funksjonsnedsettelse, fratras retten til å ta egne beslutninger og som andre tar beslutninger på vegne av”. Også mennesker med funksjonsnedsettelse anses jf. CRPD kompetente til å ta beslutninger om eget liv, inkludert beslutninger om hvorvidt man skal samtykke til ulike behandlingsmetoder eller ikke.

*“Article 12 recognizes their equal right to enjoy legal capacity in all areas of life, such as deciding where to live and whether to accept medical treatment.*

*(...) it is often circumstances external to the individual that render them “powerless”, such as when one’s exercise of decision-making and legal capacity is taken away by discriminatory laws or practices and given to others.*

*In keeping with the Convention, States must adopt legislation that recognizes the legal capacity of persons with disabilities and must ensure that, where required, they are provided with the support needed to make informed decisions”.*<sup>10</sup>

CRPD oppstiller også rett til *støtte* for mennesker med funksjonsnedsettelse som trenger slik støtte for å bruke sin rettslige handleevne (”supported decisionmaking” jf. art 12 para 3). Slike støttetiltak skal respektere vedkommendes rettigheter, vilje og preferanser (art. 12 para 4). ”Supported decisionmaking” er et sentralt og bærende element i konvensjonen. Prinsippet ble utarbeidet som et svar på problemstillinger som ble reist under arbeidet med konvensjonen, i forhold til mennesker som er i behov av støtte og hjelp i utstrakt grad. Prinsippet ivaretar

---

<sup>10</sup> UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

menneskers behov for støtte og hjelp på egne premisser, uten å frata mennesker selvbestemmelsesrett og autonomi. "Supported decisionmaking" er således en motsats til "substituted decisionmaking", som har vært en rådende modell innen psykisk helsevern, og som også psykisk helsevernloven bygger på. "Substituted decisionmaking" innebærer at retten til å ta bestemmelser overføres fra individet til noen andre, f.eks. psykiater eller psykolog, verge, pårørende eller andre, i situasjoner hvor noen anses ute av stand til å ta egne beslutninger, begrunnet i antatt manglende samtykkekompetanse eller antatt alvorlig sinnslidelse. "Supported decisionmaking" innebærer at retten til å ta bestemmelser ligger hos individet selv, men at vedkommende hvis han/hun trenger det skal få hjelp og støtte til å ta beslutninger og til å gjennomføre dem. I dette ligger elementer av læring og utvikling av evner til å ta beslutninger, og se og håndtere konsekvenser av egne valg. Noen vil trenge mer støtte, noen mindre. Tvang og overformynderi er ikke alternativer i tråd med "supported decisionmaking"-prinsippet, og må erstattes av frivillighet, samarbeid, tillitt og støtte i tråd med personens behov og ønsker.

Lovhjemler og praksis som baseres på paternalisme og "viljessubstitusjon" overfor mennesker med funksjonsnedsettelse må erstattes med lovhemler og praksis basert på "støtte til autonomi"-prinsippet. Det vil innebære behov for lovendringer bl.a. i forhold til vergemålslovgivningen og helselovgivningen (deriblant psykisk helsevernloven). Å bygge opp systemer i tråd med "supported-decisionmaking" prinsippet blir en av hovedutfordringene fremover. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres er "Personlig Ombud-ordning" som er utviklet i Sverige.

### **Frihetsberøvelser basert på funksjonsnedsettelse bringes til opphør**

Mennesker med funksjonsnedsettelse har rett til frihet på lik linje med andre, og nedsatt funksjonsevne skal ikke i noe tilfelle rettferdiggjøre frihetsberøvelse. Heller ikke frihetsberøvelser som *delvis* baseres på funksjonsnedsettelse, i kombinasjon med andre vilkår, er i tråd med CRPD.

*"Article 14, paragraph 1 (b), of the Convention unambiguously states that "the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty". Proposals made during the drafting of the Convention to limit the prohibition of detention to cases "solely" determined by disability were rejected. As a result, unlawful detention encompasses situations where the deprivation of liberty is grounded in the combination between a mental or intellectual disability and other elements such as dangerousness, or care and treatment. Since such measures are partly justified by the person's disability, they are to be considered discriminatory and in violation of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of disability, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 14".<sup>11</sup>*

Det er utbredt verden over at lovregulering på psykisk helsefeltet baserer materielle vilkår for frihetsberøvelse på et grunnvilkår som "unsound mind" ("alvorlig sinnslidelse" i vår psykisk helsevernlov), og et eller flere tilleggs vilkår, som "need for care and treatment" ("behandlingskriterie") og/eller "danger to self or others" ("farekriterie"). Slik lovregulering diskriminerer på grunnlag av psykososiale funksjonsnedsettelse, innskrenker retten til frihet i

---

<sup>11</sup> Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

større grad for mennesker med funksjonsnedsettelse enn for andre, og er i strid med internasjonale menneskerettighetsstandarder.

*“The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) states clearly that deprivation of liberty based on the existence of a disability is contrary to international human rights law, is intrinsically discriminatory, and is therefore unlawful. Such unlawfulness also extends to situations where additional grounds—such as the need for care, treatment and the safety of the person or the community—are used to justify deprivation of liberty.*

*Under international human rights law, persons with disabilities are entitled to enjoy their rights to liberty and security on an equal basis with others, and can be lawfully deprived of their liberty only for the reasons, and in accordance with the procedures, that are applicable to other persons in the same jurisdiction”.*<sup>12</sup>

Dersom lovverk og praksis skal være i tråd med CRPD må dagens lovgivning for psykisk helsefeltet endres. Frihetsberøvelser av mennesker med funksjonsnedsettelse må skje på et ”allment grunnlag”, ut fra begrunnelser og prosedyrer som gjelder alle, og uten at inngrepsvilkårene kobles til (reelle eller påståtte) psykososiale funksjonsnedsettelse.

*“(…) the legal grounds upon which restriction of liberty is determined must be de-linked from the disability and neutrally defined so as to apply to all persons on an equal basis”.*<sup>13</sup>

Psykisk helsevernloven bør oppheves.

*“Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness.”*<sup>14</sup>

### **Samfunnsbeskyttelse og vern av liv**

Staten har (jf. bl.a. EMK art. 2) en generell plikt til å sikre retten til livet. Statlige myndigheter plikter å beskytte livet ved lov og å treffe forebyggende tiltak for å verne enkeltindividers liv mot angrep fra andre individer. Innenfor psykisk helsevern er ”farekriteriet” i psykisk helsevernloven ment å skulle ivareta beskyttelsen av liv, både pasientens eget liv og andres liv.

---

<sup>12</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights. Information Note No. 4. Persons with Disabilities. Dignity and Justice for Detainees Week.

<sup>13</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights. Expert meeting on freedom from torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and persons with disabilities. Geneva, 11/12-07.

<sup>14</sup> Human Rights Council, tenth session. A/HCR/10/48, 26 January 2009. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Advance edited version.

Det ligger imidlertid et stigma, og en diskriminering, i det å knytte ”farlighet” sammen med psykisk lidelse slik det gjøres i psykisk helsevernloven. Eventuelle ”farekriterier” i lovgivningen bør være uavhengige av diagnoser/psykiatri, og isteden baseres på konkret vurdering av bl.a. tidligere handlinger og atferd, og være allment gjeldende for alle, i tråd med CRPD.

*“(…)Where additional grounds such as dangerousness, (…) are put forward to justify the restriction of liberty of a person with a mental and intellectual disability, such a person shall be subjected to detention on such grounds only in as much and on the same grounds as any other person, with no reference to his or her mental or intellectual condition”.*<sup>15</sup>

*”Laws contemplating dangerousness as a ground for deprivation of liberty should be equally applied to all”.*<sup>16</sup>

I visse situasjoner kan det være nødvendig å gripe inn overfor mennesker som er i akutt fare.

Dersom den psykiatriske særlovgivningen fjernes, finnes det hjemler i andre lover for å beskytte liv og helse i fare. Overfor personer som befinner seg i en ”overhængende og øiensynlig livsfare” har enhver plikt til å gripe inn etter straffeloven § 387. Helsepersonell har en plikt til å gi helsehjelp etter helsepersonelloven § 7 når det må antas at hjelpen er ”påtrengende nødvendig”, også i de tilfeller pasienten motsetter seg hjelpen. Også nødrettslige bestemmelser vil kunne komme til anvendelse når det gjelder å redde noen fra fare.

Når det gjelder frihetsberøvelser begrunnet i behov for samfunnsvern må det innføres rettssikkerhetsgarantier av et helt annet kaliber enn det psykisk helsevernloven pr. i dag oppstiller. Det er nærliggende å mene at en domstol er best egnet til å foreta slike frihetsberøvelser.

Vi ser for oss en ny lovgivningsmodell, i tråd med CRPD, hvor frihetsberøvelser begrunnet i ”farlighet” tas ut av helselovgivningen og frikobles fra psykiske lidelser. Således slipper også helsepersonell å komme i en uheldig dobbeltrolle som både hjelpere og samfunnets voktere. Spørsmålet om samfunnsbeskyttelse ved ”farlighet” er imidlertid et stort og komplekst tema som bør utredes grundig mhp mulige lovgivningsmodeller, og være gjenstand for bred offentlig debatt. Det må selvsagt også sikres at mennesker som blir ansett å være ”farlige”, og som også sliter psykisk, får den hjelpen, støtten og omsorgen de trenger, inkludert at en eventuell frihetsberøvelse gjennomføres på egnet sted.

### **Rett til helsehjelp, behandling og omsorg basert på fritt og informert samtykke**

Mennesker med psykiske lidelser har krav på helsehjelp basert på fritt og informert samtykke på lik linje med andre. Å behandle mennesker med funksjonsnedsettelse uten deres frie og informerte samtykke er et klart og alvorlig brudd på deres ”rett til helse”, er uetisk og i strid med CRPD.

---

<sup>15</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights, August 2008 A review of the Ugandan Legal Framework Relevant to Persons With Disabilities. Comparative Analysis to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

<sup>16</sup> UN High Commissioner for Human Rights. Expert seminar on freedom from torture and ill-treatment and persons with disabilities. Geneva, 11 December 2007.

*”Medical practitioners sometimes treat persons with disabilities as objects of treatment rather than rights-holders and do not always seek their free and informed consent when it comes to treatments. Such a situation is not only degrading, it is a violation of human rights under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and unethical conduct on the part of the medical professional.*

*Violence against persons with disabilities often occurs in a context of systemic discrimination against them in which there is an imbalance of power.*

*By way of illustration, one can note the neglect that persons with psychosocial or intellectual disabilities suffer. In many cases, they are treated without their free and informed consent—a clear and serious violation of their right to health”.*<sup>17</sup>

FNs spesialrapportør for tortur konstaterer at psykiatrisk tvangsbehandling av mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse er i strid med CRPD.

*”(...) the Special Rapporteur notes that the acceptance of involuntary treatment and involuntary confinement runs counter to the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities”.*<sup>18</sup>

Tvangsbehandling av psykiske lidelser vil kunne risikere å bli klassifisert som tortur eller annen mishandling.

*“It is in the medical context that persons with disabilities often experience serious abuse and violations of their right to physical and mental integrity, notably in relation to experimentation or treatments directed to correct and alleviate particular impairments”.*

*“Medical treatments of an intrusive and irreversible nature, when they (...) aim at correcting or alleviating a disability, may constitute torture and ill-treatment if enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned”.*

*“The administration in detention and psychiatric institutions of drugs, including neuroleptics that cause trembling, shivering and contractions and make the subject apathetic and dull his or her intelligence, has been recognized as a form of torture”.*

*“The Special Rapporteur notes that forced and non-consensual administration of psychiatric drugs, and in particular of neuroleptics, for the treatment of a mental condition needs to be closely scrutinized. Depending on the circumstances of the case, the suffering inflicted and the effects upon the individual’s health may constitute a form of torture or ill-treatment”.*<sup>19</sup>

Myndighetene plikter å treffe forebyggende tiltak, inkludert lovmessige, for å verne enkeltindivider mot mishandling. Å ha en lovfestet mulighet for psykiatrisk tvangsbehandling åpner for mishandling.

---

<sup>17</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights and WHO. Fact Sheet No. 31. Right to Health.

<sup>18</sup> UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

<sup>19</sup> UN Special Rapporteur on Torture. Interim Report A/63/150. 28. July 2008.

Psykiatrisk tvangsbehandling må opphøre. Dersom psykisk helsevernloven fjernes, sikres mennesker med psykiske lidelser, gjennom den øvrige helselovgivning *rett* til nødvendig helsehjelp og omsorg.

Ved å fjerne psykisk helsevernlovens omfattende og inngripende tvangshjemler, vil den psykiske helsetjenesten kunne baseres på reell frivillighet og ivaretagelse av brukerens integritet, autonomi og verdighet. Fjerning av tvangshjemplene vil også kunne åpne for mer helhetlige alternativer til den tradisjonelle psykiatri, faglig kompetanseutvikling, økt brukermedvirkning og mulighet for å finne mer langsiktige løsninger i samarbeid med pasienter og pårørende. Mange ønsker en annen form for psykisk helsehjelp enn det den tradisjonelle psykiatrien kan tilby, og motsetter seg derfor psykiatrisk behandling. Pr. i dag innebærer dette en risiko for tvangsbehandling. Det er nødvendig å bygge opp et mangfold i tjenestetilbudet, slik at mennesker som trenger hjelp får reelle valgmuligheter.

## Oppsummering og anbefalinger

Psykisk helsevernloven er undertrykkende, diskriminerende og stigmatiserende. Reel frivillighet i psykisk helsevern er umulig å oppnå så lenge tvangshjemplene og tvangsmidlene alltid er i bakhånd. Det er behov for endringer i menneskesyn, grunnlagstenkning, lovgivning og praksis. Slike store omlegginger vil kreve grundige utredninger, og vi kan her bare komme med noen innspill og forslag til alternativer.

- Psykisk helsevernloven oppheves, og erstattes med ”allmenn lovgivning” i tråd med CRPD. Tvangsmedisinering med psykofarmaka må opphøre/forbys. Det nedsettes et lovutvalg.
- Det bygges ut nye, helhetlige modeller for psykisk helsetjeneste, hjelp, støtte og omsorg. Det bygges ut tjenester som ivaretar ”supported decisionmaking”. Et eksempel på dette kan være Personlig Ombud ([www.po-skane.org](http://www.po-skane.org)). Andre forslag/eksempler som kan utredes nærmere er bruk av ”psykiatrisk testamente” og ”juridisk bindende individuell plan”.
- Det bygges ut alternative behandlingstilbud, både døgn- og dagtilbud. Behandling uten psykofarmaka bør være en mulighet for alle som ønsker det. Eksempler på dette kan være; Soteria-hus og Earthhouse, jf. tiltaksplanen.
- Tjenester i lokalsamfunnet som skal ivareta retten til et selvstendig liv, og til å være en del av samfunnet (jf. CRPD art. 19) styrkes. Eksempler på dette kan være; Åpen dialog/netteverkssamtaler (Jakko Seikkula, Finland), brukerstyrte væresteder, lavterskel krisetilbud med mer. Bolig og økonomi er forutsetninger for dette.
- Det opprettes døgn og dag tilbud med kompetanse på nedtrapping av psykofarmaka og rehabilitering av legemiddelavhengige og legemiddelskadede.
- Det opprettes et institutt for registrering og behandling av klager som gjelder krenkelser, overgrep og menneskerettighetsbrudd. Alle påstander om mishandling i psykiatrien må underlegges øyeblikkelig og uavhengig undersøkelse (jf. FNs torturkonvensjon art. 12).



- Det satses på forskning på traumer og andre skadevirkninger etter psykiatriske tvangsinngrep. Kunnskap om krenkende tvangsinngrep må dokumenteres og systematiseres. Mennesker som har opplevd skadelige tvangsinngrep må gis oppreisning og rehabilitering.

For inspirasjon og nytenkning anbefales også boken ”Alternatives beyond psychiatry” av Peter Stasny og Peter Lehmann (2007). Boken er skrevet av 61 personer; psykiatere, terapeuter, forskere, jurister, pårørende, brukere og overlevende.