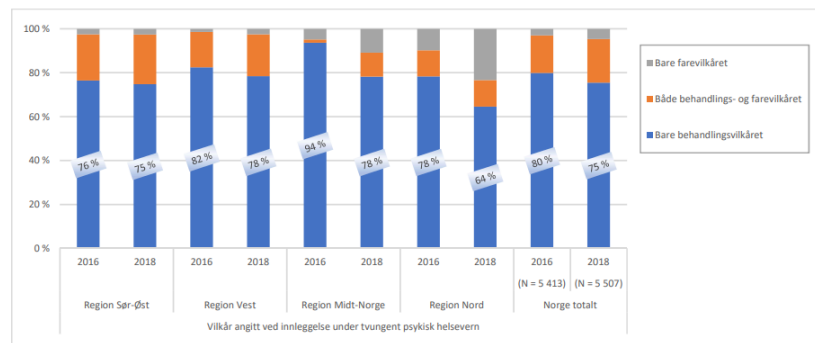


Innspill til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Jeg er pårørende etter drapet på Gravlunden i Haugesund. Jeg er ingen ekspert, men har i forbindelse med saken knyttet til min mor gjort noen observasjoner som kanskje kan være til nytte. Jeg ser ikke at dette er fremhevet av andre aktører – alle disse punktene dreier seg i hovedsak om tilgang til og bruken av informasjon. Hvor valget om å ikke ta til seg eller dele informasjon alltid kan begrunnes fra et helseetisk perspektiv.

1. Farekriteriet – Det virker som det er lite informasjon knyttet til bruken av «fare for andre» og dokumentasjon knyttet til dette.
 - a. Jeg finner ingen statistikk på bruk av farekriteriet i forhold til andre vs. seg selv. Den eneste statistikken som foreligger, er «Farekriteriet». Se under fra rapporten om tvang i psykisk utgift av Helsedirektoratet i 2019. Det er rimelig å tro at spesielt fare for andre kanskje er den mest krevende å dokumentere og krever mest ekstern informasjon, som man kanskje ikke ønsker å tilegne seg fra et medisinsk-etisk perspektiv. Hva er terskelen for å kontakte politiet for opplysninger når du ikke selv har opplevd en fare inne på institusjon?

Figur 2.10 Angitte vilkår ved innleggelse under tvungen psykisk helsevern i 2016 og 2018.



1) Tilleggsvilkår ved tvungen psykisk helsevern var ikke angitt for henholdsvis 6 og 3 prosent av innleggelsene i 2016 og 2018. Disse er holdt utenfor prosentutregningsgrunnlaget.

- b. Tilgang til og bruk av informasjon knyttet til funksjonsevnen utenfor institusjon. I mitt eksempel så vet vi følgende om perioden i institusjon før drapet:
 - i. Usikkert om i hvilken grad det har vært dialog mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. Fra fastlegens journal: «Politiet kjenner ham godt gjennom mange år. Han kan alene engasjere flere patruljer ukentlig og når han agerer sender politiet konsekvent to patruljer for å være sikre. Iblant er han bevæpnet. Hans farlighet er udiskutabel».
 - ii. Politiet har kun delt deler av sin informasjon: «Det er ønsket innsyn i rettsmedisinsk rapport og kun gitt innsyn i sammendraget i vurderingene».
 - iii. Overlegen ved institusjon har vært uenig i diagnoser gitt av rettspsykiatrien – Ikke tatt til seg informasjon eller delt disse vurderingene videre.
 - iv. Rettsmedisinerne er ikke konsultert.
 - v. Informasjon gitt fra Politi til overlege er ikke delt videre på institusjonen – ingenting er dokumentert i journal og mottaket av dokumenter er ikke registrert.
 - vi. Det blir ikke vurdert at farlighet er et kriterie for tvang (men skal man ikke vurdere hva som er faren for omgivelsene når man ikke er underlagt tvang?): «Grunnen er at unntaket om farlighet ikke kan benyttes ettersom NN ikke har vist tegn til farlighet mens han er innlagt på sengeposten».
 - i. Informasjon er ikke delt videre fra institusjon til kommune ved utskriving.
 - ii. Medisineren som ble vurdert som frivillig ved utskrivinger medførte kjente bivirkninger som man viste var uønsket av gjerningsmannen.

- iii. Egnert bolig var ikke til stede på utskrivningstidspunktet. Det var viktigere å ikke komme i konflikt med tvang enn å følge anbefalingene om bopel. (Han ble skrevet ut til en bolig hvor det også bodde en person han tidligere var dømt for å utøve vold mot, uten at det er kjent om helsevesenet hadde informasjon om dette).

Dette er punkter vi kjenner igjen fra UKOM-rapporten knyttet til Kongsberg også. Det virker ikke som man søker informasjon om funksjonsevne utenfor institusjon. For gjerningsmannen i mitt tilfelle så ble det ikke gjort en voldsrisikovurdering i institusjonen fordi man ikke observerte noen adferd i institusjonen som tilsa at det var nødvendig. Samtidig så var gjerningsmannen i institusjon som varetekts surrogat, noe som innebærer at kriteriene for varetektsfengsling er oppfylt.

2. Uenighet om diagnoser og utvikling i voldsrisikovurderinger. Beslutninger tas på bakgrunn av ulik tilgang på informasjon. Informasjon som ikke oppfattes som relevant på en lukket institusjon kan være svært relevant for en kommune med sine begrensinger i tvangstiltak. Helsevesenets interne taushetsplikt og siling av informasjon til neste ledd kan få betydelig konsekvenser for samfunnsvernet. Man vet ikke hva man ikke vet, men man stoler på at man får tilgang på relevant informasjon. Jeg har hatt flere samtaler med kommunehelsetjenesten ulike steder hvor de synes det er vanskelig å få relevant informasjon fra spesialisthelsetjenesten begrunnet i pasientautonomi.
 - a. Gjerningsmannen til min mor hadde tre diagnoser gitt av rettspsykiatrien under oppholdet i institusjon og under drapsaken. Spesialisthelsetjenesten har vært uenig i dette og ment at det bare var grunnlag for 2 diagnoser. Disse to diagnosene er de som ligger til grunn for vurderingene som er gjort knyttet til voldsrisiko og behandling hos spesialisthelsetjenesten. Men hva med den tredje diagnosen som har voldsbruk som et av symptomene?
 - b. Det eksisterer minst to voldsrisikovurderinger knyttet til gjerningsmannen til min mor. Det blir vurdert som et lovbrudd hos kommunen for å ikke iverksette anbefalingene som ligger i den voldsrisikovurderingen de tidligere har fått. De har imidlertid ikke fått den oppdaterte voldsrisikovurderingen som ble gjort av rettspsykiatrien og som ikke ble delt internt hverken med institusjonen eller videre med kommunen ved siste utskrivning. Dette blir imidlertid ikke vurdert som et lovbrudd av spesialisthelsetjenesten å ikke dele informasjon videre. Helsetilsynets tilsyn ved St. Olavs etter et drap viser til noe av det samme: «I samtaler ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at NN hadde erfaring med at informasjon til kommunen om voldsrisiko tidligere hadde blitt misforstått. Det hadde derfor utviklet seg en holdning om at deling av informasjon virket mot sin hensikt, og at slik informasjon derfor ikke skulle deles».

En av vurderingene jeg har lest med interesse er en etisk vurdering av hvem som skal ha informasjon knyttet til voldshistorikk hos en person som er dømt til tvunget psykisk helsevern og skrives ut til kommunen. Et nøkkelaspekt er at ved dom så skal samfunnsvernet prioriteres over behandling ifølge psykisk helsevernloven. Juridisk sett vurderes det ved aktiv dom som at det fortsatt eksisterer en fare for nye alvorlige lovbrudd. Det er spesielt to setninger i nevnte vurdering jeg synes er krevende i forhold til evnen til å prioritere samfunnsvern juridisk når det oppleves til å være etisk feil: «Juridisk sett vil det være uproblematisk å formidle den aktuelle informasjonen til samarbeidende personer dersom det en informerer om er nødvendig informasjon for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Om formidling av informasjon begrunnes med de samarbeidende personenes behov for trygghet

og sikkerhet, er det noe mer problematisk...» og «I denne sammenhengen kan en spørre seg om det som planlegges av tjeneste fra kommunen er en del av, eller i stedet for kriminalomsorg? Uansett hva skal veie tyngst? En voldsdømt persons behov for å bevare sosial integritet, eller de andres behov for å beskytte seg mot vold?»

<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kasuistikker/hvem-skal-ha-informasjon-nar-en-potensielt-voldeli.html>

Håper det er av interesse og kan bidra i diskusjonen.

Mvh

Lars Johan S. Hereid