

Innspill til ekspertutvalg om samtykkekompetanse

WSO takker for invitasjonen til å komme med innspill til ekspertutvalget for samtykkekompetanse. Vi har notert oss at utvalget sendte ut tilsvarende invitasjon i september til en rekke organisasjoner og etater dere mente var relevante, og at WSO eller andre brukerorganisasjoner ikke var blant de utvalgte dere ønsket innspill fra. Det er bra at utvalget har sett behovet for ytterligere innspill, men vi mener det er ganske sent i utvalgets arbeid, som nå nærmer seg avslutning.

Utvalget har et bredt mandat, som inkluderer å foreslå lovendringer og tiltak for videre utvikling av regelverk og praksis som ivaretar målet om å forhindre feil bruk av tvang og balanserer pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser, inkludert CRPD.

I bakgrunnen for utvalget skrives det; Utvalget skal gjennomgå relevante høringsinnspill til oppfølgingen av Tvangslovutvalget og komme med innspill til det videre arbeidet med lovforslaget når det gjelder vilkåret om samtykkekompetanse.

NOU 2019-12, Tvangsbegrensingsloven har vært på to omfattende høringsrunder, og WSO har levert grundige høringssvar til disse, som omhandler CRPD, samtykkekompetanse, skader ved tvang, tvangsbehandling, kunnskapsgrunnlag mv. Grunnleggende problemstillinger vi har tatt opp i disse høringssvarene er foreløpig ikke behandlet eller svart ut. Vi går ut i fra at også brukerorganisasjonene er regnet blant «relevante høringsinnspill», så vi gjentar ikke alle disse innspillene, men legger ved våre høringssvar som er mer utfyllende.

<https://wso.no/wp-content/uploads/2021/11/WSO-Horingsuttalelse-oppfolging-av-tvangslovutvalget.pdf>

<https://wso.no/wp-content/uploads/2019/12/20191216-WSO-horingsuttalelse-NOU-2019.14.pdf>

Endringer i lovverk og praksis må være fundert i menneskerettighetene og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Vi er bekymret for at det i debatten om tvang i psykisk helsevern forsøkes å sette opp en motsetning mellom respekt for den enkeltes menneskerettigheter og samfunnets behov for vern. Ivaretagelse og respekt for menneskerettighetene er ikke en motsetning, men en forutsetning for et trygt samfunn.

Det mest påfallende etter lovendringen fra 2017 er at media og enkelt toneangivende fagfolk bruker den som forklaring på det meste som svikter i oppfølgingen fra psykisk helsevern, helt uavhengig av om det er noen påvist sammenheng. Det har ikke vært noen endring av kriteriene i psykisk helsevernloven som gjelder fare for andre. Hverken lovendringen fra 2017 eller forslaget til ny tvangslov berører de hjemlene som angår samfunnsvernet. Det bildet som skapes av at alvorlige hendelser kunne vært forhindrede hvis ikke terskelen for bruk av tvang var hevet, stemmer ikke med virkeligheten. Vi har over de siste fem årene sett samtykkebestemmelsen og mangel på tvang fremmet som årsak i en rekke tragiske saker, hvor personen det gjaldt døde før lovendringen, hvor personen var underlagt omfattende tvangsbruk, hvor personen var dømt til tvunget psykisk helsevern og ikke berørt av lovendringen overhodet, eller hvor det åpenbart ikke hadde vært lovgrunnlag for tvang heller ikke før 2017.

Dette narrativet som fremmes fra fagfolk og politi, som også har en agenda i forhold til ressurstildeling, skaper et inntrykk det ikke er et kunnskapsbasert grunnlag for. Det fører til at de som ikke har dypere kunnskap, som politikere, griper til enkle løsninger om at hvis vi bare hadde hatt mulighet til å bruke tvang ville tragediene vært forhindret. Det forsterker frykten for «de farlige psykisk syke» som må kontrolleres for samfunnets trygghet. Det gir grobunn for fordommer som forsterker utenforskap og hindrer inkludering i samfunnet, og forsterker problemet heller enn å løse det.

Vårt inntrykk var at i tiden rett etter lovendringen ble en del TUD-vedtak opphevet etter samtykkevurdering, dette var positivt for noen av våre medlemmer som fikk ny mulighet til å ta grep om eget liv. Endringen var kortvarig, før sykehusene tilpasset seg en endret begrunnelse og brukte tvang som før. Erfaringene våre stemmer med det tallene viser. Det har vært en generell økning av tvangsbruk siden lovendringen i 2017.¹ Forskning på TUD/tvangsmedisinering viser at varigheten av disse vedtakene ikke er kortere enn før lovendringen.²

Det kom ikke som en overraskelse for WSO at innføringen av samtykkekompetanse som vilkår ikke hadde større effekt på tvangsbruken over tid. Så lenge vilkåret er så skjønnsbasert vil systemet tilpasse begrunnelsene, mer enn de reelt sett endrer praksis. Det vil være avhengig av holdningene og fagsynet til den som vurderer. Innføringen av manglende samtykkekompetanse var et skritt mot å bedre rettsikkerheten og gjøre vurderingen mer objektivt, men i praksis har det vist seg like skjønnsbasert.

At den gruppen som sliter tyngst har et for dårlig og lite egnet tilbud kjenner vi oss godt igjen i, men det er ikke «mangel på tvang» som er problemet.

Svikt i tjenestetilbudet kan ikke løses med mer tvang

Å styrke selvbestemmelse og autonomi handler om mer enn å «ikke bruke tvang». CRPD krever en omlegging av hvordan man tenker og jobber, og denne endringen har i liten grad skjedd.

Innføringen av samtykkekompetanse som vilkår har ikke endret det som skjer før, når eller etter man beslutter å bruke tvang, og resultatene er deretter.

Når det besluttes å bruke tvang bruker man inngrep som er totalt motsatt av hva personen uttrykker og ønsker, og når tvangen oppheves er det ikke etablert noe samarbeid eller tillit som kan bygges videre på i frivillig behandling. Det fører naturlig nok til at mennesker går inn og ut av tvang uten at livssituasjonen bedres.

Det handler om å jobbe med personen, ikke i mot.

Vi har erfaringer med personer som ønsker og åpenbart trenger hjelp, men skrives ut av frivillig innleggelse, for så å tvangsinnlegges rett etterpå med manglende samtykkekompetanse for å tvangsmedisineres. En person som ikke ønsker å bruke

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

² Høyer et.al 2022; Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study. doi: 10.1192/bjo.2021.1073

nevroleptika og har dårlige erfaringer med det, vil naturlig nok slutte med en gang tvangsvedtaket oppheves. Denne måten å jobbe på gir dårlige resultater, både for personen selv og for de nærmeste rundt.

Manglende kapasitet og samarbeid i tjenestene og manglende kompetanse på metoder å jobbe på som fremmer selvbestemmelse er et problem som går ut over de som sliter tyngst og har behov for mest støtte. Behovet for fleksible, tillitsbaserte tjenester er særlig høyt for denne gruppen, og det er de som får det minst. Dette løses ikke ved å holde personen på tvang lenger, men må løses i måten tjenestene jobber med selvbestemmelse.

WSO har sett gode eksempler på personorienterte tjenester som BPA, til mennesker som har en historie med omfattende tvangsbruk og som har fått bedre liv med tjenester tilpasset personen. Men systemets vilje/ mulighet til å se dette overordnet og i sammenheng, på tvers av 1. og 2. linje, stat og kommune, er minimal. Dette fører til kutt i tjenester som er gode og frivillige, med fare for påfølgende økt tvangsbruk og dyre innleggelses i andre enden. Det fører også til økt belastning for pårørende.

Det finnes gode eksempler på hvordan det å jobbe med økt selvbestemmelse og i tråd med personens egne mål og ønsker kan ha veldig god effekt også når utgangspunktet er omfattende og langvarig tvangsbruk³, ⁴. Disse og andre eksempler må bygges videre på, heller enn å fokusere på tvang som løsning.

Tvang er en kortsiktig løsning med høye omkostninger

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

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

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse gjennomførte i 2021 en undersøkelse om pasienters, pårørendes og ansattes erfaringer med tvang⁵, rapporten gir følgende konklusjon: *«Oppsummert gir undersøkelsen et inntrykk av en tjeneste som har gjort seg avhengig av bruk av tvang for å fungere innen dagens rammevilkår. Samtidig har denne tvangen til dels svært alvorlige konsekvenser for mange pasienter, og kan noen ganger også være i strid med grunnleggende menneskerettigheter. Det er sannsynlig at bruken av tvang kan reduseres betraktelig. Det er også sannsynlig at bruken av den mest skadelige tvangen kan reduseres eller fjernes, selv i de tilfellene det er nødvendig å bruke noe tvang.»*

³ <https://fontene.no/fagartikler/tverrfaglig-samarbeid-endret-livet-til-kari-6.47.762046.e84f223be5?fbclid=IwAR0iFHSP6vDmVzVdXaZ9OY2jfS9Fvy-H9X899cz3sljJEBTakqQIBCRf6Tk>

⁴ Jacobsen, R. K., & Karlsson, B. E. (2018). «Fra tvang til dialog» – en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling. *Scandinavian Psychologist*, 5, e12. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e12>

⁵ Erfaringskompetanse, 2021: *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte 2021:2*

Menneskerettighetsbaserte tjenester

Den påkrevde endringen i tjenestetilbudet krever økt kompetanse på menneskerettigheter blant de som jobber i og de som utvikler tjenestene. Det er helt nødvendig med kunnskap om hva det betyr å jobbe menneskerettighetsbasert, med beslutningsstøtte og med personens vilje og preferanser som utgangspunkt. WSO har over flere år foreslått at myndighetene tar i bruk WHO sitt QualityRights materiale i Norge.⁶ QualityRights består blant annet av e-læringskurs som kan oversettes til norsk, dyperegående opplæringsmoduler i sentrale tema og materiale for tjenesteutvikling i tråd med CRPD.

Problemstillinger i forhold til samfunnsvern

Selv om det kan finnes legitime grunner til inngrep i den enkeltes rettigheter ved fare for andre dersom det skjer uten diskriminering, vil en generell økt bruk av tvang ikke gi det resultat man forespeiles fra enkelte deler av det psykiske helsevernet. Det er ikke sånn at hvis man bare kunne tvinge flere mennesker til «behandling» (frihetsberøvelse eller tvangsmedisinering), så ville de blitt «friske» og problemet løst.

Psykisk helsevern har ikke dekning, verken i forskning eller erfaring, for at de har slike effektive behandlingsmetoder eller at psykofarmaka har den effekten.

Forskning og erfaring viser at det ikke er mulig å forutsi drap eller alvorlig vold (NOU 2010:3). Det psykiske helsevernet har ikke denne kompetansen i større grad enn andre. Selv om man kan identifisere enkelte risikofaktorer er dette lite treffsikkert, og vil gjelde en svært stor gruppe mennesker. Mennesker diagnostisert med psykiske lidelser har rett til rettssikkerhet på linje med andre mennesker, og en forebyggende bruk av rettighetsfratagelser som vil gjelde en stor gruppe er ikke akseptabelt, selv om vi som samfunn har lang tradisjon for nettopp dette.

Resultatet av vide tvangshjemler blir at den store gruppen pasienter med psykoseproblematikk som ikke utgjør noen fare for andre blir utsatt for omfattende tvangsbruk og blir rammet av et massivt stigma og frykt i samfunnet. Mange, også blant de som sliter tyngst, opplever at de blir tvunget til en behandling som gir større problemer enn de den er ment å løse.

Ole Greger Lillevik, dosent ved UiT har uttalt – *Jeg tror at hvis vi virkelig forstår betydningen av begrepene makt og avmakt, anerkjennelse og krenkelse, så er vi godt på vei mot forebyggingen av vold og aggresjon.*⁷ Dette omhandlet situasjonen i psykisk helsevern, men mennesker bærer med seg erfaringer i livet også utenfor institusjoner. Tvang og vold innenfor det psykiske helsevernet har store uønskede konsekvenser, og er en del av problemet og ikke løsningen.

Kripos nevner i sin rapport fra 2022 «Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser»⁸ lovendringen fra 2017 som en av flere mulige årsaksforklaringer til vold og drap begått av mennesker diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser. Det er kun denne forklaringen som trekkes frem i media, sammen med nedlegging av sengeplasser. Dette til tross for at tallene viser en økning først i 2020, mens 2018/19 tallene ikke viser økning i forhold til tidligere år. Pandemiåret 2020 var et kriseår for mange hvor utenforskap og

⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

⁷ Ole Greger Lillevik, UiT: <https://psykologisk.no/2021/11/mener-terapeuter-bor-risikovurdere-seg-selv-ikke-bare-pasientene-sine/>

⁸ Kripos 2022; Rapport: Vold begått av personer med alvorlig psykisk lidelse.

isolasjon ble forsterket og nesten total for de som ikke hadde et godt nettverk fra før, og er en mer nærliggende forklaring.

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

Statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten (UKOM) har gitt ut to rapporter som omhandler drap begått i psykose.

«Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand» (2021) omhandler et drap begått i 2019⁹. Dette drapet har også tidligere vært brukt som eksempel av representanter fra politi og psykiatri for at kravet om manglende samtykkekompetanse hadde betydning for et tragisk utfall. UKOMs rapport viser ikke dette, og peker på et mye mer sammensatt bilde. Rapporten tar for seg siste innleggelse i psykisk helsevern, ett og et halvt år før hendelsen. Personen hadde vært i kontakt med det psykiske helsevernet siden 1991, hadde mange innleggelser bak seg og langvarig og alvorlig rusmisbruk og gikk på LAR. Han hadde 22 tidligere dommer for blant annet vold, ran og trusler. Det er helt klart at mange ting har gått galt, og at denne personen ikke har fått hjelp. Selv om det selvfølgelig er mulig at et lengre opphold med tvunget psykisk helsevern på dettidspunktet kunne hatt betydning, er det lite i personens historie som tilsier at det ville hjulpet.

Manglende samhandling mellom politi og helsevesen ble pekt på som en hovedutfordring. Vi mener det er en svakhet ved rapporten at den i liten grad berører hva slags oppfølging gjerningspersonen fikk eller ikke fikk ute i samfunnet før eller etter siste innleggelse, og at man også må se på samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, og også tjenester utover helse.

Rapporten «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» (2023)¹⁰, tar for seg drapene i Kongsberg. Heller ikke den viser at samtykkelovgivningen var det store hinderet i oppfølgingen. Den går i dybden på hva det vil si at en person takker nei til frivillig helsehjelp, og problematiserer hva slags hjelp som ikke ble tilbudt. Dette ser vi som et svært gjenkjennelig problem, som gjelder også når det ikke er risiko for vold. «Tilbudet» består av noe annet enn det personen selv opplever som hjelp, ofte kun medisiner, og at resultatet blir null støtte når personen ikke ønsker dette. Rapporten viser hvor viktig det er at helsehjelpen tilpasses personens forutsetninger, behov og motivasjon. Tvang er det omvendte av helsehjelp tilpasset personens motivasjon.

Doktorgradsstipendiat Therese Dwyer Løken ved høgskolen i Østfold forsker på hvordan de kommunale tjenestene innenfor rus og psykiatri er organisert. I en kronikk «Alvorlig psykisk syke mennesker blir kasteballer med døden til følge»¹¹ skriver hun om hvordan 1. og 2. linje

⁹ Statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten, 2021. Rapport: Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand.

¹⁰ Ukom 2023; Rapport: Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko.

¹¹ <https://forskersonen.no/kronikk-meninger-psykisk-helse-og-rus/alvorlig-psykisk-syke-mennesker-blir-kasteballer-med-doden-til-folge/1950417>

krangler innbyrdes om hvem som skal ta ansvaret for de sykeste og mest ressurskrevende pasientene ut ifra et økonomisk insentiv. Kommunene opplevde at sykehusene ofte skjøv ansvaret for de alvorlig psykisk syke ned på dem uten at de hadde ressurser eller kompetanse til å påta seg oppgaven. Kommunene savnet utskrivelsesprosesser for å redusere forekomsten av uheldige konsekvenser for tjenestemottakerne, preget av tettere dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen med en kollektiv innstilling til problemløsning.

Dårlig organiserte og mangelfulle tjenester kan ikke løses ved mer bruk av tvang. God forebygging også for denne gruppen handler om å sikre fleksible, tillitsbaserte tjenester, som gir oppfølging over tid.

Hvis utvalget ønsker ytterligere utdypning kan vi gjerne bidra med det i et møte.

WSO – We shall Overcome

Mette Ellingsdalen, leder