



INTERNATIONAL  
COMMISSION  
OF JURISTS

## ICJ-Norge – Den internasjonale juristkommisjon, norsk avdeling

Helse- og omsorgsdepartementet

Per e-post: [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

### Høring NOU 2011: 9 – Paulsrud-utvalgets utredning om endringer i lov om psykisk helsevern

#### 1. Generelt

Flertallet i Paulsrudutvalget går inn for å videreføre tvangshjemlene i lov om psykisk helsevern med tillegg av noen forslag som skal styrke pasientenes autonomi og rettsikkerhet. Utvalgets dissenterende medlem, Hege Orefellen, argumenterer med tyngde for at opprettholdelsen av en lov med et eget sett tvangsfullmakter basert på en medisinsk diagnose, strider mot diskrimineringsforbudet i konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne – CRPD – som trådte i kraft i 2008, og som Norge ikke er blant de mer enn 100 land som har ratifisert. Det er etter ICJ-Ns syn liten tvil om at FNs klageorgan vil forstå konvensjonen på linje med Orefellen. ICJ-N mener under enhver omstendighet at den diskriminerende særlovgivningen overfor denne gruppen må avvikles.

ICJ-N beklager at Helse- og omsorgsdepartementet har begrenset utvalgets mandat og tidsramme slik at en rekke prinsipielle spørsmål ikke eller bare overflatisk behandles. ICJ-N vil især beklage at utredning av frivillige alternativer til tvangsbruk ikke var omfattet av mandatet. Etableringen av virksomme frivillige alternativer er helt sentralt hvis man virkelig ønsker en vesentlig reduksjon i tvangsbruken. Under sin avvisning av Orefellens kritikk av utvalgsarbeidet retter utvalgets flertall samtidig kritikk mot departementet for å ha gitt det for liten tid til arbeidet – et forhold som var klart nok allerede da utvalget ble nedsatt. Flertallets vurderinger bærer på flere steder preg av stramme tidsrammer.

Utvalget flertall tilsikter å bedre rettsikkerheten ved ulike forslag så som flere formaliteter ved tvangsvedtak, utvidet advokathjelp, overføring av klageordningen til fylkesnemnda, adgang til domstolsprøving av tvangsmedisineringsvedtak. Forslagene, som i seg selv er positive, motvirkes av andre forslag som ICJ-N har betydelige rettsikkerhetsmessige innvendinger mot. Det er lite trolig at lovforslaget samlet sett vil bidra til økt rettsikkerhet og

ICJ-Norge

Postadresse: c/o advokat Jon Wessel-Aas, Postboks 775 Sentrum, 0106 Oslo

E-post: [post@icj.no](mailto:post@icj.no) Nettside: [www.icj.no](http://www.icj.no)

redusert bruk av tvang og innvirke avgjørende på de store forskjeller i bruken av tvang ved ulike institusjoner.

Som det vil fremgå, bærer også disse forslagene i realiteten preg av den prinsipielle tilnærmingen som har ligget implisitt i lovtradisjonen, at det ikke er så problematisk om hjemlene for bruk av tvang favner vidt og fører til mange uriktige vedtak fordi det uansett er snakk om helsehjelp til mennesker som trenger det. Dette er rettssikkerhetsmessig uakseptabelt. Tiden er overmoden for en prinsipiell gjennomgang av og nytenkning om tvangslovgivningen. Som tidligere lovgivning viser og flertallets forslag bekrefter, fører flikking på det nåværende regelverket, som i hovedlinjene har vært gjeldende siden 1848, først og fremst til mer detaljerte og kompliserte regler, mens de grunnleggende vilkår for etablering av tvang, og dermed dagens praksis i det vesentlige vil bli som før.

## 2. Beslutningskompetanse

Utvalgets flertall har som ventet funnet å ville innføre et vilkår om manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang og behandling uten samtykke, etter mønster av pasientrettighetsloven. Avgjørende for dette kravets reelle betydning vil være hvorledes det blir praktisert. Flertallet argumenterer fortjenestefullt for at dette må innebære et krav om større respekt for pasientens selvbestemmelse og valgfrihet enn det tradisjonelt altomfattende begrepet ”sykdomsinnsikt”, som forlanger pasientens tilslutning til psykiatriens oppfatning av sykdommen og hva som er hensiktsmessig behandling og tvangsbruk. Mennesker med tidligere erfaringer ved bruk av tvang er normalt bedre enn noen andre i stand til å treffe avgjørelser om dette, uansett psykisk fungering. I sitt forslag til ny § 4-3 fjerde ledd i pasientrettighetsloven sier flertallet, i tråd med dette, at tidligere erfaringer skal tillegges særlig vekt ved avgjørelsen av om beslutningsmyndighet ikke kan utelukkes, selv ved sterkt nedsatt fungering. For spørsmålet om tvangsmedisinering med antipsykotika vil negative pasienterfaringer måtte anses som rasjonelt begrunnbare og derfor avgjørende, jf. drøftelsen under 3. Vesentlig er at mennesker som frivillig har henvendt seg til det psykiske helsevern for å få hjelp, alltid må anses for å være beslutningskompetente.

Men vilkåret om manglende beslutningskompetanse gjelder ikke ved tvangsinnleggelse på grunn av fare for andre, jf. forslaget § 4-3 eller ved suicidalfare, jf. § 4-1 tredje ledd, jf. første ledd nr. 3, jf. § 4-2 første ledd nr 3. ICJ-N kan ikke se at disse forslagene er etisk forsvarlige, jf. nedenfor under 8 og 9.

I hvilken utstrekning innføring av et vilkår om manglende beslutningsmyndighet vil virke begrensende for tvangsbruken, gjenstår å se. Det bidrar ikke at flertallet vil redusere rettsikkerheten rundt disse avgjørelsene ved å svekke beviskravet.

Det er også vanskelig å forstå begrunnelsen for at flertallet vil fravike pasientrettighetslovens sterke presumsjon for at pasienten har beslutningskompetanse – et krav om at mangelen på beslutningsmyndighet skal være ”åpenbar” - til fordel for at denne svikten bare behøver være ”overveiende sannsynlig”. Ifølge flertallet angir ”åpenbar” et strengere beviskrav enn i strafferetten, og ”overveiende sannsynlig” er et strengere krav enn alminnelig sannsynlighetsovervekt. Dette er ikke i tråd med vanlig juridisk språkbruk. Bevisbyrden i straffesaker krever i at resultatet skal være hevet over enhver rimelig tvil, dette er selvfølgelig

ikke et mildere beviskrav enn mangelen skal være åpenbar. ”Overveiende sannsynlig” betyr i vanlig juridisk språkbruk mest sannsynlig, jf. blant annet såkalt sannsynlighetsforsett.

Forslaget er sammenfallende med flertallets generelle oppfatning av beviskrav ved bruk av tvang, jf. nedenfor i 7. Flertallet later ikke til å ha tatt inn over seg at å frata mennesker selvbestemmelse og autonomi og berøve dem friheten på ubestemt tid, samt utsette mennesker for medisinsk behandling med varierende grad av uforutsigbare og ubehagelige bivirkninger, er de mest integritetskrenkende inngrep vi kan utsette medmennesker for. Dette er inngrep som må kreve *stor* sannsynlighetsovervekt eller – om man vil – at slik svikt må være *åpenbar*, som det står i pasientrettighetsloven. Å legge seg på et lavere beviskrav åpner for et betydelig antall uriktige tvangsvedtak og medfører således store menneskelige omkostninger. Dette er både etisk og menneskerettslig uakseptabelt.

Det har vært hevdet at et strengt beviskrav for manglende beslutningskompetanse vil føre til at flere oppfattes som beslutningsdyktige, og at flere derfor vil kunne treffe en nektelsesbeslutning som i realiteten ikke er informert. Et lavere beviskrav, hevdes det, vil dermed i større grad beskytte mennesker mot å nekte behandling som er til det beste for dem. Det egentlige problemet i denne sammenheng er imidlertid ikke faren for at behandlingstrengende ikke blir hjulpet, men at den patroniserende holdningen denne gruppen funksjonshemmede er utsatt for, fører til stort overforbruk av tvang basert på et skrøpelig faglig fundament. En slik lavere terskel for å sette til side pasientens eget valg i denne sammenheng ville kan hende vært lettere å akseptere dersom man kunne tro at de inngrep det er tale om, på forhånd med stor sikkerhet kunne fastslås å ville få vesentlige og utvetydige positive behandlingseffekter for denne pasienten. Slik er det ikke i psykiatrien, jf. nedenfor i 6.

### 3. Antatt samtykke

At mennesker som alminnelig prinsipp har selvbestemmelsesrett når det gjelder å motta helsehjelp, innebærer at det må være et absolutt vilkår for tvangsinngrep at man kan bygge på at pasienten ville ha samtykket i helsehjelpen hvis beslutningsmyndigheten hadde vært i behold, jf. pasientrettighetsloven § 4-6 annet ledd. Dette kravet har, som utvalget understreker, stor etisk styrke. Det er innført i flertallets forslag § 4-2 nr 9 og 5-4 nr 9.

Hvilken effekt dette vil få i praksis, er et annet spørsmål. Hvis beslutningstakerne først finner at et tvangsinngrep vil føre til vesentlig bedring og er den klart beste løsning for vedkommende, hvor sannsynlig er det da at inngrepet ikke vil bli foretatt under henvisning til mangel på antatt samtykke? Det er legitimt å stille spørsmålet fordi realiteten i tvangspsykiatrien er at praksis i stor utstrekning og på vesentlige punkter har neglisjert andre krav i loven. Som det vil fremgå nedenfor, er utvalgets flertall klar over dette ved å understreke at lovens krav til stor sannsynlighet for vesentlige behandlingsresultater ikke følges i praksis, fordi det er urealistisk. Dette avspeiler den store usikkerhet knytter seg til resultatet av slik behandling.

På denne bakgrunn må det alltid legges til grunn at samtykke mangler når personen gjør motstand med grunnlag i tidligere erfaringer eller det foreligger forhåndserklæringer. Når det gjelder tvangsmedisinering, vil motstand så å si alltid være rasjonelt begrunnbart, og derfor et uttrykk for at samtykke mangler.

#### 4. Tvangsbegrepet – Pasienter uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg tvang

Utvalgets flertall vil innskrenke rekkevidden av reglene om tvangsbegrep slik at de ikke lenger skal omfatte personer uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg tvang, altså i første rekke dem som er sløve eller passive, jf. forslaget § 3-2. Til dette bemerkes for det første at persongruppen omfatter ”pasienter”, men de behøver ikke ha noen alvorlig psykisk lidelse. Hvem målgruppen omfatter, er således uklart, tenker man f.eks. på demente som i dag omfattes av pasientrettighetsloven, jf. nedenfor i 10. For det andre: Argumentene er i hovedsak at forslaget – gjennom lovens saksbehandlings- og kontrollregler – vil verne disse personene bedre enn om de er under tvang, og at de vil utsettes for mindre tvangsbehandling.

Utvalgets forslag er basert på det syn at så lenge det ikke gjøres tydelig motstand, er det ikke snakk om et alvorlig inngrep. Verken dette eller de argumentene som føres i marken er lette å forstå. Saksbehandlings- og kontrollordningene vil ikke bli bedre enn for dem som gjør aktiv motstand og tvinges. Dessuten er klageordninger av mindre verdi for sløve og passive mennesker enn for de aktivt protesterende. Vesentlig ser ut til å være at man skal kunne medisinere denne gruppen uavhengig av om de har en alvorlig psykisk lidelse, jf. at § 5-4 får anvendelse når det ikke protesteres. Svært få blant dem vil protestere eller klage. Etter ICJ-Ns oppfatning er forslaget, som i realiteten omfatter bruk av tvang mot ikke protesterende, svært betenkelig. Grunnvilkåret for bruk av tvang, nemlig alvorlig sinnslidelse bør være tilstede også for denne gruppen etter vårt syn.

#### 5. Behandlingsvilkåret

Utvalgets flertall vil videreføre behandlingskriteriet, herunder forverringskriteriet i gjeldende lov. Spørsmålene drøftes på forskjellige steder i rapporten. Det foretas imidlertid ikke en nærmere drøftelse av de generelle etiske spørsmål i forbindelse med bruk av tvang i behandlingsøyemed. Det pekes på at det er stor uenighet om berettigelsen av vilkåret, om effekt av behandling og av tvang, og at det ikke kan ventes noen felles forståelse.

Flertallet understreker at behandlingsvilkåret henger nær sammen med adgangen til medikamentell tvangsbehandling. Bruk av tvang i et medikamentfritt behandlingsmiljø og eventuelle effekter av dette, vurderes ikke.

I drøftelsen av behandlingsvilkåret fremheves følgende:

- Ved henvisning til Bernt-rapporten av 2. juni 2009 at det fra begge sider anføres godt begrunnede argumenter for og mot bruk av tvang på behandlingsindikasjon. Det er risiko for lidelser både ved å åpne for dette og ikke gjøre det.
- Det er ikke realistisk at en ekspertvurdering av ulike kilder som støtter eller avviser bruk av medikamenter vil kunne skape enighet. Begge sider kan fremføre legitim kritikk.
- Det foreligger en begrunnet kritikk av påstandene om positive langtidseffekter av antipsykotika, herunder hvorledes forskningen om dette er omformet i behandlingspraksis, men en rekke komiteer mv ”sammensatt av fremstående eksperter” har utformet retningslinjer for behandling basert på at antipsykotika har ”en positiv og kanskje avgjørende” betydning for å skape kortsiktig og langsiktig bedring.
- Det finnes vektige hensyn både for og imot behandlingsvilkåret, og det finnes derfor bare ufullkomne løsninger. Utfordringen er å leve med de ulike syn ”inntil

det eventuelt vokser fram en syntese som får den samlede kunnskap til å henge bedre sammen og danne grunnlag for et omforent syn”.

På denne bakgrunn går utvalgets flertall inn for å opprettholde dagens behandlingvilkår.

Etter ICJ-Ns oppfatning er det ikke etisk forsvarlig å basere en hjemmel for bruk av tidsbestemt tvang i behandlingssøyemed på argumenter som ikke er nevneverdig mer tungtveiende enn motargumentene – i påvente av at alle skal bli enige. Det burde ikke være uenighet om at tvangshjemler bare kan begrunnes så langt fordelene i sin alminnelighet vesentlig overstiger ulempene. Det er grunn til å peke på at det lovutvalget som avga NOU 1988:8 enstemmig gikk inn for å avvike behandlingskriteriet som etisk uakseptabelt.

Under 6. nedenfor behandles effektene av medikamentering. Det fremgår der at det ikke er grunnlag for å opprettholde adgangen til tvangsbehandling med antipsykotika.

I innstillingens 14.2.3 - 14.2.5 behandles behandlingvilkårets to alternativer – sikre vesentlig bedring eller unngå vesentlig forverring. Under bedringsalternativet reiser utvalgets flertall spørsmål i forhold til Oviedo-konvensjonen, som forutsetter at tvang bare kan brukes for å avverge alvorlig helseskade, altså et defensivt nødrettslignende kriterium. Flertallet slutter seg under tvil til den ”norske posisjonen” om at behandlingvilkåret i sin helhet omfattes av konvensjonens skadevilkår, et nokså åpenbart uholdbart standpunkt.

Flertallet mener for øvrig selv at bedringsalternativet går lenger enn et vilkår om vesentlig skade: Forholdet er at de aller fleste som omfattes av bedringsalternativet, etter utvalgets oppfatning også vil omfattes av det første av utvalgets foreslåtte alternativer ”å hindre vesentlig helseskade” som er på linje med Oviedo-konvensjonen. Men, sier flertallet, det kan reises spørsmål ved om det ikke vil være behov for bedringsalternativet ”for et mindre antall ... pasienter som har så omfattende og langvarige symptomer at det ikke gir mening å snakke om at hjelpen har som hovedformål å hindre ytterligere forverring.” Dette betyr at man mener det bør opprettholdes en generelt utformet tvangshjemmel, som i dag brukes for det store flertall av tvangsinnleggelses uavhengig av om det foreligger en faresituasjon – med svære variasjoner i institusjonene imellom ut fra ulik holdning til tvangsbruk – fordi det kan stilles spørsmål ved om ikke et mindre antall, som psykiatrien hittil ikke har vært til nevneverdig hjelp for, ellers vil falle utenfor. Hva slags tvangshjelp skal disse i så fall få? Det er vanskelig å skjønne hvordan flertallet kan mene at så vide rammer for bruk av tvang kan gis en etisk forsvarlig begrunnelse.

På side 169 stiller flertallet følgende spørsmål: Er de velferdsmessige konsekvensene av ikke å intervensere mer dramatiske i psykisk helsevern enn i somatikken? I svaret på spørsmålet fremholder flertallet at behandlingsalternativet er nødvendig ved alvorlig psykisk lidelse som ofte inntreffer i tidlig voksenalder, til forskjell fra alvorlige somatiske lidelser som ofte inntreffer senere. Denne type generaliserende argumentasjon er svært problematisk som grunnlag for bruk av tvang på individnivå. Det er også vanskelig å se hvordan det kan forsvares å redusere vernet av selvbestemmelsesretten her i forhold til det som er fastslått som et generelt prinsipp i helsevernet ellers. Hvorfor skal to ungdommer, den ene med psykisk, den andre med somatisk lidelse, behandles forskjellig? Til dette kommer at det ikke er holdepunkter for at psykiatriske behandlingstilbud har en bedre behandlingsprognose enn somatiske, det motsatte er tilfelle. Utvalgets flertall kan her synes å bygge ukritisk på påstander om positive effekter av såkalt tidlig intervensjon. Disse har stor tilslutning i

dagens psykiatri, men det er ikke substansiell forskningsmessig dekning for dette. Utviklingen i bruken av denne tilnærmingen på bred front er tvert imot betenkelig, noe blant andre Richard Warner ved Mental Health Center, Boulder, Colorado, har vist<sup>1</sup> – Boulder-tilnærmingen behandles i utredningens kapittel 11.

Når det gjelder tvangsalternativet å hindre vesentlig forverring, har utvalgets flertall ment at innføringen av regler om beslutningskompetanse vil føre til en klar reduksjon av tvang på dette grunnlaget. Det er det neppe grunnlag for, jf ovenfor. Alternativet tar utelukkende sikte på vedlikeholdsmedikasjon med antipsykotika som behandles under

Det fremgår under bemerkningene til forslaget § 4-2, jf. kapittel 14.2.6 – og bemerkningene til § 5-4, at flertallet mener at gjeldende lovgivnings krav om ”stor sannsynlighet” for vesentlige positive behandlingseffekter – sikre vesentlig bedring eller hindre vesentlig helseskade eller forverring, er urealistisk strengt. I tråd med dette vil man redusere beviskravet til at det skal være overveiende sannsynlig at slik effekt oppnås, jf ovenfor. Dette behandles nedenfor under 7.

## 6. Tvangsbehandling med medikamenter.

Utvalgets flertall understreker flere steder med samme ord at forslag som åpner for tvangsbehandling med antipsykotika, er basert på anbefalinger fra rekke komiteer, jf ovenfor, som legger til grunn at medikamentene har positive korttids- og langtidseffekter. Dette motsies imidlertid av utvalgets egen redegjørelse for forskningen på effektene av slik behandling. Det synes riktignok å fremgå i kapittel 9 at den positive effekt ved så vel akutte psykotiske symptomer (demping) som ved vedlikeholdsmedikasjon (hindre tilbakefall), er *noe* bedre enn ved placebo, men denne bedre effekten er liten – noen kurativ virkning anføres ikke medikamentene å ha. Ved akutte psykoser viser påberopte undersøkelser at effekten er 10-20 prosent bedre enn ved placebo, ved langtidsbehandling 25 prosent. Men de positive virkningene er heterogene – de gjelder noen få *på gruppenivå*. Det betyr at det på individnivå ikke på forhånd er mulig å si med noen som helst sannsynlighet hvem som vil kunne profitere på behandling med antipsykotika. I tallene inngår dessuten ikke, så vidt forstås, en vurdering av sterkt negative bivirkninger og langtidseffekter.<sup>2</sup>

Utvalgsflertallets fremstilling av effektene ved medikamentell tvangsbehandling i kapittel 9 kommenteres av en eller annen grunn ikke under dets vurderinger av medikamentell tvangsbehandling i kapittel 15.2.3 (eller i vurderingen av behandlingstvilkåret i kapittel 14.2.3. flg). Det fremstillingen i kapittel 9 bekrefter, er rett og slett at medisinerer normalt vil være et eksperiment basert på et håp om at virkningene vil være klart positive.

Dette ble for 25 år siden understreket av Ketil Lund i hans dissens om tvangsmedisinering i NOU 1988:8, der han blant annet henviste til en uttalelse av den danske psykiateren Jytte Willadsen, tidligere overlege ved Københavns amts psykiatriske sykehus Nordvang: ”I psykiatrien er det ofte vanskelig å stille prognose og vurdere terapeutiske muligheter, og forløpet av lidelsene gir mange overraskelser både i positiv og negativ retning. En viss

<sup>1</sup> Richard Warner, Fact versus fantasy: A reply to Bentall and Morrison, Journal of Mental Health (August 2003) 12,4, 351-357.

<sup>2</sup> Det er interessant at fremstillingen ikke støtter det som har vært kronargumentet for de positive virkningene av antipsykotika, nemlig tilstandene i de psykiatriske institusjonene før og etter innføringen av medikamentene. Dette avspeiler at det ikke foreligger tilstrekkelig forskningsmessig belegg for at situasjonen til pasienter under tvang har blitt vesentlig bedre totalt etter at man har tatt antipsykotika i bruk i stor stil.

optimisme er nødvendig og berettiget i det daglige arbejde, men det er forkert at lade terapeutisk optimisme danne grunnlag for tvangsinnlæggelse til tvangsbehandling. Til det må det kræves langt fastere grund under fødderne.”<sup>3</sup>

Uttalelsen har fremdeles full gyldighet. Usikkerheten rundt virkningene av medisinerer kommer også til uttrykk i Paulsрудutvalgets konklusjon 15.2.3: ”Variasjonen av effekt, inkludert risikoen for skadevirkninger på kort og på lengre sikt, gjør det prinsipielt problematisk å ha en generell hjemmel til tvangsmedisinerer. Like fullt vil et absolutt forbud kunne ha store velferdsmessige konsekvenser for et betydelig antall pasienter. Utvalget har ikke funnet noen enkel vei ut av dette dilemmaet.”

Det er mulig at noen få, som kan profitere på medisinerer uten nevneverdige bivirkninger, overhodet ikke kunne vært hjulpet ved større innsats av humane ressurser, verken på frivillig basis eller under tvang. Men det er intet i utvalgets rapport som indikerer at dette skulle være et betydelig antall. Noen dokumentasjon av grunnlaget for en slik antagelse foreligger ikke. Flertallets forslag åpner under enhver omstendighet for tvangsmedisinerer av et stort antall pasienter ut fra en forutsetning om at dette i hvert fall vil være gunstig for noen. De mange som opplever sterkt negative virkninger, later det til at utvalget ser på som uproblematisk fordi det jo uansett dreier seg om helsehjelp eller om en nødvendig menneskelig omkostning. Etter ICJ-Ns oppfatning er dette ikke etisk forsvarlig som grunnlag for å utsette medmennesker for en så omfattende – og til dels klart risikofyllt – tvangsintervensjon i kropp og sjeleliv. Erfaring viser dessuten at all tvang kan reduseres til et minimum ved etablering av et effektivt vern på frivillig grunnlag. Det er en avgjørende svakhet ved utvalgets rapport at det etter sitt mandat ble avskåret fra å gå nærmere inn på og komme med forslag eller anbefalinger om alternative metoder basert på frivillighet.

## 7. Beviskrav

Det fremgår under bemerkningene til forslaget § 4-2, jf. kapittel 14.2.6 og bemerkningene til § 5-4 om tvangsmedisinerer, at flertallet anser gjeldende lovgivnings krav om ”stor sannsynlighet” for vesentlige positive behandlingseffekter – sikre vesentlig bedring/hindre vesentlig helseskade eller forverring – som for strengt. I stedet vil man redusere beviskravet til overveiende sannsynlig, jf. ovenfor under 2. Begrunnelsen er at kravet om stor sannsynlighet er ”urealistisk” og i uoverensstemmelse med psykiatrisk praksis. Fordi psykiaterne nekter å rette seg etter loven, må loven rette seg etter dem. I følge flertallet vil det langt svakere beviskrav overveiende sannsynlig, ”kombinert med utvalgets ulike tiltak for økt rettssikkerhet ... danne bedre grunnlag for en praksis som er i samsvar med lovens ordlyd og intensjon”, side 243 og 249.

I utgangspunktet er det vanskelig å forstå denne holdningen til et etisk og juridisk spørsmål av den aller største rekkevidde, en holdning som aksepterer at vedtak om bruk av tvang i behandlingsøyemed vil være uriktige i svært mange tilfeller. Forslaget medfører et rettssikkerhetsproblem som ikke andre, rettssikkerhetsmessig begrunnede, forslag kan gjøre noe med. Hvorfor beviskravet stilles så lavt, fremgår imidlertid av utvalgets fremstilling av effektene av medisinerer. Realiteten er at et høyere krav er urealistisk fordi det ikke er mulig på forhånd å fastslå om en person er blant det fåtall som vil ha positive virkninger av medisinerer. En forholdsvis beskjeden effekt på gruppenivå brukes som begrunnelse for en vid fullmakt til intervensjon på individnivå, til tross for at treffsikkerheten her er meget lav,

---

<sup>3</sup>Sinnslidendesrettsstilling, GyldendalskeBoghandel, København 1985, side 112.

så lav at det i realiteten også er urealistisk å kreve sannsynlighetsovervekt. Den måten utvalget argumenterer på, vil etter alt å dømme bli oppfattet som et signal om at dagens faglig og etisk svært betenkelige praksis, kan fortsette.

Etter ICJ-Ns oppfatning er de lave beviskrav som stilles i flertallets forslag, i strid med kravet til forholdsmessighet i EMK artikkel 8 og vil også kunne stride mot torturforbudet i artikkel 3. Dette har også departementet antatt under utarbeidelsen av gjeldende lov, jf. Ot.prp.nr.11 (1998-99) side 112:

#### "8.4.6 Forholdet til Den europeiske menneskerettighetskonvensjon

Avslutningsvis vil departementet berøre spørsmålet om behandling uten eget samtykke og forholdet til Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK). Som nevnt under 4.2.2 setter art 3 i EMK forbud mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling. De reglene som departementet har foreslått inneholder flere elementer som etter departementets oppfatning vil sikre mot overtredelse av art 3.

Som det tidligere er redegjort for vil § 4-4 i lovutkastet sikre at undersøkelses- og behandlingstiltak ikke går ut over det som kreves ut fra faglige forsvarlighetskriterier. Kravene til behandlingen forsterkes dessuten ytterligere ved det omtalte forslaget om at behandlingen skal bygge på en forhåndsundersøkelse av pasientens tilstand og ved at den bare kan anvendes når den med stor sannsynlighet kan føre tilhelbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

...

Med den utformingen lovutkastets regler om tvangsbehandling har fått, mener departementet at hensynet til art 3 i EMK er tilfredsstillende ivaretatt."

#### 8. Tvangsinnleggelse av suicidale uavhengig av alvorlig psykososiale lidelse og beslutningskompetanse

Utvalgets flertall foreslår at alle mennesker, uavhengig av eventuell psykisk lidelse og beslutningsmyndighet, skal kunne tvangsinnlegges til observasjon for inntil 3 dager. Selv om det er lett å forstå ønsket om å gripe inn ved nærliggende risiko for selvmord, er det ikke akseptabelt å etablere en generell tvangshjemmel som den flertallet går inn for. I menneskers rett til selvbestemmelse ligger også retten til å avslutte livet, aldeles uavhengig av om samfunnet finner det rasjonelt eller ikke. En ting er at vi alle forhåpentligvis vil gjøre det vi makter for å forhindre at en akutt selvmorderisk aksjon gjennomføres. Noe ganske annet er at samfunnet skal få adgang til å bruke sin tvangsmakt overfor enhver ved nærliggende fare for dette. Tvang er det dessuten alltid vanskelig å forutse konsekvensene av. Flertallets drøftelse overser blant annet at tvangsbruk i mange tilfeller øker selvmordsfaren. Hensynet til helsepersonellens vanskelige situasjon stilt overfor suicidale mennesker som ikke ønsker å bli reddet, er fremhevet i begrunnelsen, men kan ikke være et tungtveiende argument for en slik generell tvangshjemmel.

I kapittel 14.3.4 fremgår det at forslaget også er tenkt som en form for lovhjemling av nødrettslige inngrep som i dag gjøres. Nødrett ” bør prinsipielt ikke anses som et egnet utgangspunkt for rettslig hjemling av inngrep i enkeltpersoners fysiske og psykiske integritet”, sier utvalget. Det gjøres ingen vurdering av situasjonen om selvmordsfaren etter 3 døgn fremdeles er nærliggende. I prinsippet vil jo da tvangen likevel kunne forlenges på



nødrettslig grunnlag.

## 9. Samfunnsvern – fare for andre

ICJ-N er av den prinsipielle oppfatning at det psykiske helsevern ikke bør drive samfunnsvern. Denne oppgaven har i mer enn 150 år forkludret grensen mellom helseomsorg og vokteroppgaver og ikke bare bidratt til å bringe det psykiske helsevern i vanry, men også til stigmatisering av denne gruppen av funksjonshemmede.

Innesperring av hensyn til samfunnsvernet må under enhver omstendighet besluttes av domstoler med rettsikkerhetsgarantier som i straffeprosessen, ikke av leger eller andre ut fra mer eller mindre løse antakelser om farlighet. I flertallets forslag forutsettes det at vilkåret om manglende beslutningsmyndighet ikke skal gjelde ved tvangsbruk av hensyn til samfunnsvernet. ICJ-N ser ingen gode grunner for dette. Hvis vedkommende er beslutningsmyndig, vil han normalt også måtte ansees strafferettslig tilregnelig, og farligheten bør da i hvert fall fastslås i retten på grunnlag av handlinger eller trusler. For øvrig viser ICJ-N til debatten i kjølvannet etter den psykiatriske rapport i Breiviksaken, at det er et nødvendig å avvikle også den strafferettslige diskrimineringen av denne gruppen funksjonshemmede ved å endre straffelovens utilregnelighetsregel. Også personer med psykiske lidelser må bedømmes etter en konkret vurdering av vedkommendes forståelse av egen situasjon og egne handlinger i den aktuelle sammenheng, ikke ut fra en generell medisinsk diagnose.

## 10. Tvangsbehandling av aldersdemente i sykehjem

Utvalgets flertall foreslår gjeldende lover endret slik at aldersdemente kan tvangsbehandles i sykehjem. Forslaget gjelder, så vidt forstås, demente uavhengig av om de har en alvorlig psykisk tilleggs lidelse. Flertallet kan forstås slik at forslaget er begrunnet i behovet for å kunne medisinerer demente uten rettslig regulering av bruken av psykofarmaka, jf. kapittel 14.8. Forslaget er foruroligende. Det kan ikke ses at det er begrunnet i en nærmere vurdering av gjeldende medisineringspraksis og dens faglige grunnlag. Så vidt vites varierer praksisen i betydelig grad avhengig av ulike holdninger hos fastlegene. Overforbruk av psykofarmaka er et stort problem i aldersinstitusjoner. Det finnes dessuten empiriske studier som viser gunstig effekt av å avslutte psykoaktiv, medikamentell behandling. Det er således ikke grunnlag for å åpne opp for slik tvangsbehandling av demente. Bruk av antipsykotika har for øvrig vist seg å øke dødeligheten hos demente.

## 11. Bruk av tvangsmidler

Flertallets vurdering av bruken av tvangsmidler, som reiser vesentlige rettssikkerhetsmessige spørsmål, er overflatisk, jf. kapittel 15.3. Av kapittel 8.13 fremgår en dramatisk økning i bruken av mekaniske tvangsmidler og skjerming i årene 2001-2007, en økning på 40 prosent i antall pasienter som utsettes for det, men denne økningen og ulikhetene mellom institusjoner vet vi lite om bakgrunnen for – det antydes at det kan ha sammenheng med ulik praksis for registrering, men det er nærliggende å anta at vekslende holdninger spiller en rolle. Det er kjent at personer som remmes, også kan gis sprøyter, men det er ingen opplysninger om denne svært drastiske tvangsmiddelbruken.

Flertallet later ikke til å se tvangsmiddelbruken som problematisk, og bortsett fra et forslag om å avvikle isolasjon som i praksis er avløst av skjerming, er det lite som sies. Bruk av tvangsmidler bør etter ICJ-Ns oppfatning ikke lenger reguleres i forskrift, men i en lov som også angir i detalj hvilke opplysninger som skal nedtegnes om bruken. Mangelen på statistikk er, som ellers for tvangsbruken i det psykiske helsevern, svært mangelfull.

## 12. Bruk av ECT

Det har, sier utvalgets flertall, ligget utenfor dets tidsramme å behandle ECT. Det uttales at selv om ECT ikke kan brukes som tvangsbehandling, vil det i nødrettslige situasjoner kunne brukes mot pasientens vilje – for så vidt noe på tvers av utvalgets ovenfor siterte syn på nødrett som tvangshjemmel.

Bruken av ECT som behandlingstiltak ved alvorlige depresjoner, herunder som nødrettslig livredding, er i realiteten ikke forskningsbasert, men begrunnet i påståtte kliniske erfaringer. Det foreligger en ny studie som ikke bare viser dette, men også at virkningene av ECT ikke er positive behandlingseffekter, men nevrologiske skadevirkninger.<sup>4</sup> Studien konkluderes som følger:

”Forskningen som vi har gjennomgått, reiser spørsmål om den fortsatte bruken av ECT for dens primære målgruppe, alvorlig depresjon. Placebo-kontrollerte studier indikerer en mangel på støtte til påstanden om at metoden gir tilfriskning fra depresjon. Samtidig synes forskningen å ha demonstrert at ECT medfører nevropsykologiske svekkelser, herunder hukommelsessvikt. Det kan se ut som om virkningen av ECT, herunder atferdsendringer oppfattet som terapeutisk respons av klinikere, kan handle om skadevirkning. Praksisen med elektrokonvulsiv behandling kan stå i direkte motsetning til det første budet i den hippokratiske eden om først og fremst å ikke gjøre skade, *primum non nocere*.”

Det bør være klart at elektroshokk ikke kan hjemles i nødrett mot pasientens vilje. Det bør bare kunne brukes med pasientens samtykke, etter informasjon om disse virkningene. I realiteten er bruken av ECT et virkemiddel som i likhet med så de mange i psykiatrihistorien best kan forklares ved mangelen på humane ressurser som behandlingsoalternativer.

## 13. Frivillighet som alternativ til tvang

Etter flertallets forslag, som etter gjeldende lov, skal frivillighet være forsøkt, før det er adgang til å bruke tvang. Dette vilkåret har tradisjonelt ikke vært tatt alvorlig som skranke for tvangsbruk. I mange tilfeller er det også slik at mennesker som frivillig henvender seg til det psykiske helsevern blir innlagt under tvang, jf. såkalte tvungne frivillige og frivillig tvungne.<sup>5</sup> Flertallet understreker at vilkåret er viktig og foreslår at dette også fremheves i lovens formålsparagraf. Det avgjørende for om kravet om frivillighet skal få tvangsbegrensende

---

<sup>4</sup>[http://www.vol.no/multimedia/archive/00612/ECT\\_Fosse\\_Elektroko\\_612304a.pdf](http://www.vol.no/multimedia/archive/00612/ECT_Fosse_Elektroko_612304a.pdf),  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/bivirkning-bak-elektrosjokk-effekt/>

<sup>5</sup>Jf under 2 ovenfor: Enhver som selv henvender seg til det psykiske helsevern og ber om hjelp, må selvfølgelig anses beslutningskompetent.

virksomheter, er imidlertid at det etableres plikt og ressurser til å iverksette ordninger som i praksis har vist seg effektive. At slike ordninger finnes er på det rene.

Utvalget gjennomgår i kap. 11 alternative behandlingstilbud som er av betydelig interesse, ikke minst ordningene Brukerstyrte plasser, den finske ordningen med Åpen dialog/Nettverkssamtaler og de moral treatment-inspirerte behandlingshjem utviklet i Boulder, Colorado, USA. Det tilbudene samlet sett viser, er at det, ved å satse på humane ressurser, er fullt mulig å fjerne så å si all bruk av tvang. Av øvrig litteratur som viser at tvang overflødiggjøres der rammebetingelsene endres drastisk, kan det blant annet vises til Sandra Barton mfl: Achieving Restraint-free on an inpatient behavioral health unit, Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services January 2009 - Volume 47 · Issue 1: 34-40.

Helt sentralt med sikte på en vesentlig reduksjon i tvangsbruken, er at det omgående iverksettes et utredningsarbeid som tar sikte på å samle de erfaringer som er gjort og gi anbefalinger om tvangsfrie behandlingsalternativer. Det må deretter – ledsaget av nødvendige ressurser – pålegges spesialisthelsetjenesten å etablere slike alternativer. . ICJ-N støtter flertallets forslag om utredning av ordninger for såkalt supported decision-making.

6. februar 2012  
For ICJ-Norge

  
Ketil Lund  
styrets leder