

Kapittel 8

Håp om en konstruktiv debatt om tvang i det psykiske helsevern

Hvorfor så vanskelig å endre systemet?

Vi har nå sett i de foregående kapitler at det er den faglig ansvarlige innen psykisk helsevern som treffer vedtak ved etablering og opphør av tvungen psykisk helsevern. Den faglig ansvarlige skal ifølge Lov om psykisk helsevern §1-4 være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift. Dette er i prinsippet en tillitserklæring som gir psykiatere/klinisk psykologer tillatelse til å om nødvendig behandle pasienter mot deres vilje. I mange land er det nødvendig med domsavgjørelser før tvangsinnleggelse kan bli gjennomført. Den europeiske torturkommisjon (The European Commission for the Prevention of Torture or Inhuman or degrading Treatment or Punishment) anbefalte i 1994 at tvangsinnleggelse kun kan bli gjennomført etter en rettsavgjørelse. Men i Norge betraktes kontrollkommisjonene som domstoler siden lederne av kontrollkommisjonene er dommere. Derfor har norske styresmakter valgt ikke å følge denne anbefalingen.

Det kan se ut som om Norge både har høy andel tvangsinnleggelse i forhold til innleggelse totalt, og høye befolkningsbaserte rater⁴⁷, også i sammenlikning med de andre nordiske landene, selv om det i Norden er store forskjeller i lovgivningen. Det har i flere år vært dokumentert at det er betydelige geografiske og institusjonsvise forskjeller i omfanget av tvangsbruk i Norge⁴⁸. Flere personer berøves sin frihet i psykiatriske institusjoner enn i fengsel, dvs. med administrative avgjørelser med bakgrunn i medisinsk ekspertise uten rettslig dom. I fjor (2015) ble 5600 pasienter tvangsinnlagt til sammen 8000 ganger i Norge. Antall tvangsinnleggelse økte de siste år ifølge Helsedirektoratet⁴⁹. Bruk av tvang i psykisk helsevern berører mange

47 Befolkningsbaserte rater: For eksempel antall per 10 000 (100 000) innbyggere.

48 Rapport fra Helsetilsynet 4/2006.

49 Leder av Norsk psykiatrisk forening: *Aftenposten* 12.4.2016.

forskjellige emner som rettssikkerhet, menneskerettigheter, autonomi, paternalisme og retten til mest mulig effektiv behandling. For å kunne gi hurtig og effektiv behandling tilsidesettes ofte prinsippene om at pasienten har rett til å bli informert om sitt tilfelle, og at alle som er berørt av saken, skal ha rett til å uttale seg før en avgjørelse blir tatt.

Alle er enige om at tvangsbruken i psykisk helsevern bør trappes ned

Hvorfor er det så vanskelig å forandre dette systemet? Hvorfor er tvangsbruken så høy og vanskelig å redusere? Kanskje forklaringen ligger i at tendensen i alle system er å holde seg i likevekt. Det fins mange eksempler som forklarer samfunnsinstitusjoners fortsatte eksistens ved at deres avgjørelser hjelper til å opprettholde deres makt og posisjon.

Som det er påvist i kapittel 2 at pasienter som er innlagt under tvang, ikke alltid er tilstrekkelig klar over sin juridiske posisjon og sine rettigheter. Det som presenteres der, viser at 38 % av de intervjuede pasienter var ute av stand til å benytte seg av sine juridiske rettigheter. Mer enn halvparten av disse manglet tilstrekkelig kunnskap om disse rettighetene.

Det er mange eksempler som viser at sosiale institusjoner har fortsatt eksistens på grunn av slike avgjørelser.

Innen rettsfilosofi diskuteres det hvordan rettssystemer er bygget og hvordan de fungerer. Som startgrunnlag har disse diskusjoner formet spørsmålet: «Hva er lov»? Men viktigere enn dette spørsmålet er å forklare systemets dynamikk og påvirkningen fra samfunnet rundt. Lovverket er et åpent og dynamisk system. Blant mange andre faktorer vil også lovmakerne dra nytte av borgernes normer og overbevisning som råmateriale til å fornye eller lage nye lover.⁵⁰ Derfor vil brukernes oppfatning og misnøye med for eksempel behandlingskriteriet i den loven vi nå har, influere på arbeidet med en eventuell ny lov.

Lov om psykisk helsevern er en del av en kompleks sosial helhet. Man kan derfor ikke se på loven isolert. Viktigst er kanskje den ideologiske støtte som omfatter det sett av holdninger og vurderinger som bidrar til å opprettholde og styrke systemet. Mest er det om å gjøre at folk anser lovgiverne for å være legitime og akseptere deres kompetanse til å fastsette lovreglene.

Psykisk helsevernloven følger en over 160 år gammel tradisjon hvor det helt siden Sinnsykeloven av 1848 har eksistert en særlovgivning for frihetsberøvelse og tvangsbehandling av mennesker som er definert å ha «alvorlig sinnslidelse». I Psykisk helsevernlovens forarbeider påpekes det at særreglene

⁵⁰ Eckhoff T, Sundby NK. *Rettsystemer*, Oslo, Tanum-Norli, 1976.

om frihetsberøvelse av «alvorlig sinnslidende» må sees på bakgrunn av vår kulturelle og rettslige tradisjon, hvor man har lang erfaring med å gripe inn overfor nettopp denne gruppen.

Historisk sett har nedsatt funksjonsevne som en sinnslidelse gjerne gir, blitt betraktet som et forhold ved individet⁵¹. Med ratifiseringen i 2013 av FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter vil det oppstå spørsmål om konvensjonen stiller slike krav til nåværende psykiske helsevernlovgivning som går lengre enn tidligere konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter. Denne konvensjonen er et klart tegn på at man kan stå overfor et avgjørende skifte vedrørende muligheten for å ha regler om tvangspsykiatri av den typen vi nå har. Fokuset er ikke lenger på hva som er galt med personen, men på hva som er galt med samfunnet når mennesker med nedsatt funksjonsevne diskrimineres og ekskluderes. Endringen av en medisinsk modell til sosial modell, og hva dette innebærer, krever en omgjøring av tidligere praksis og lovregulering. Det vil kreve stor grad av bevisstgjøring for å foreta denne endringen.

Det er ingen i det psykiske helsevesen som ønsker å bruke tvang, men noen ganger er det nødvendig med tvangsbehandling som en siste utvei når alt annet er prøvd, og det står om pasientens liv og helse. Men som vi ser av forskningslitteraturen, kan man ikke alltid være sikker på at tvangsbehandling har bedre effekt enn frivillig behandling.

Kan det være at vi har slik tiltro til vår lov om psykisk helsevern at det avleder folks oppmerksomhet fra de virkelige problemene i samfunnet? Pasientenes problemer er definert som en psykisk helsetilstand, men i realiteten kan det være sosialt og økonomisk bestemt. Brukerne tror ikke at den utstrakte bruk av tvang bare skyldes mangel på ressurser og effektiv behandling, men like mye av kulturelle forskjeller i samfunnet.

Som omtalt tidligere er ifølge en rapport fra Statens Helsetilsyn⁵² som bygger på SINTEF Helses rapport «Analyser av tvang i psykisk helsevern», er bruk av tvang i psykisk helsevern nært knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Mer enn 40 % av pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. De pasienter det blir brukt tvang overfor har jevnt over dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som behandles frivillig.

I samme SINTEF rapport har man laget en fordeling av diagnosegrupper (ICD 10) hos de innlagte pasientene under tvungent vern:

51 NOU 2011:9 vedlegg 1.

52 SINTEF Helse 2006 «Bruk av tvang».

Organiske lidelser	2 %
Stoffrelaterte lidelser	4 %
Schizofrenier	68 %
Affektive lidelser	10 %
Nevrotiske lidelser	1 %
Atferdssyndromer	0 %
Personlighetsforstyrrelser	4 %
Andre diagnoser	6 %
Mangler diagnose	5 %

I Sverige⁵³ har man undersøkt hvordan «Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård» fungerer i praksis. Lovens hensikt var å angi objektive grunner for tvangsinnleggelse og derved ivareta hensyn til pasientens retts-sikkerhet. Lovens krav henviser imidlertid i så stor grad til et psykiatrisk og allmennmenneskelig skjønn, at de ikke gir noen klar avgrensning i de tilfelle der tvangsanbringelse er hjemlet. Det var så store tolkningsmarginer som førte til at lovens brukere, psykiaterne, ble sterkt påvirket av en rekke ulike faktorer når de traff sine avgjørelser om innleggelse. Arbeidssituasjonen ved de psykiatriske institusjonene var et forhold som kunne sette sitt preg på praksis i anvendelse av loven. Dette har to sider fra pasientenes synspunkt, fordi innleggelse både kan være et gode og en byrde. Siden det er knapphet på sengeplasser, kan det være en fordel å komme inn under indikasjonene for tvangsanbringelse. Pasienten får da fortrinnsrett fremfor frivillige søkere. Både den innleggende part og de institusjoner som har plassproblemer, kan da løse sine faglige og administrative problemer ved en tvangsinnleggelse. Loven ble for psykiaterne for skjønnsmessig i løsningen av arbeidsoppgaver. Hvis innleggelsen ikke skjedde i samsvar med pasientens interesse, slik at tvangen ble en byrde, ga loven svake muligheter for vern av pasienten.

Hovedkonklusjonen på denne svenske undersøkelsen måtte vel være at en lov av denne typen, preget av henvisning til faglig og annet skjønn, anvendt på et område som dette, ikke kan virke verken klart positivt styrende eller klart begrensende. Loven blir for skjønnsmessig for dem som skal anvende den.

Denne undersøkelsen ble gjort for en god tid siden (1978), men jeg tror resultatet av undersøkelsen er like aktuell i dag.

Det er to motsatte syn på norsk psykiatri angående tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. En stor del av tidligere pasienter og deres organisasjoner ønsker å fjerne behandlingskriteriet i Psykisk helsevernloven, fordi de hevder

53 Aubert V. *Retts sosiologi*, Universitetsforlaget 1982.

at det ikke er |dokumentert at tvang gir positive resultater for psykisk syke. Men de vil beholde tvangskriteriet overfor pasienter som er til fare for seg selv og andre. Tvang har i flere tilfelle ledet til livslange traumer, og forskning⁵⁴ har vist at resultat av tvangsbehandling har bare ført til begrenset positiv effekt.

Men Norsk Psykiatrisk forening har i sitt program for 2009 konkludert med at å fjerne behandlingskriteriet ville være uetisk. Behandlingskriteriet sikrer nødvendig omsorg for dem som på grunn av en alvorlig sinnslidelse ikke kan ta hånd om seg selv. Mange ville gå til grunne hvis ikke psykisk helsevesen hadde lovhjæmmel for å gripe inn. Psykiatere har grunnlag for å kunne definere den nødvendige behandling, og har mulighet til å sette til side pasientenes menneskerettigheter ved å bruke tvang med bakgrunn i at pasienten mangler innsikt i sin egen sykdom. Den nåværende lovgivning er basert på ideen om at pasienter med en alvorlig sinnslidelse ikke har innsikt i sin egen sykdom og er derfor ikke samtykkekompetente. Dette er brukerorganisasjonene ikke enige i. Dette er også et syn som har svak vitenskapelig støtte. Forskning⁵⁵ har vist at pasienter med en alvorlig psykiatrisk diagnose har en viss psykologisk innsikt til å kunne samtykke eller ikke.

Helse og Omsorgsdepartementet⁵⁶ hevder at hvis loven bare skulle tillate tvang overfor pasienter som var til fare for seg selv og andre, vil det bety en alvorlig begrensning av nødvendig tvangsbruk i psykisk helsevesen. Departementet argumenterer også med at økende fokus på graden av «farlighet» vil øke stigmatiseringen av det å være psykisk syk.

Det viser seg også at de siste årene har om lag 95 prosent av tvangsinnleggelsene vært hjemlet i behandlingskriteriet, enten alene eller sammen med farekriteriet⁵⁷. I 2003 var bare 2-3 % av avgjørelsene basert på farekriteriet, mens 15 % var basert på begge kriteriene.

Sett fra brukernes side skjer det nå positive ting. Vår helseminister⁵⁸ har varslet å gjenoppta arbeidet med en ny lov om psykisk helsevern hvor brukerne vil komme sterkt inn i bildet.

Han mener også at det er for mye og feil bruk av tvang. Han er også bekymret for de store geografiske forskjellene i tvangsbruk mellom helseforetak og mellom kommuner. Man vil nå konsentrere seg om utsatte grup-

54 Høyer G. On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101.

55 Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* 1995;19:149-174.

56 Helse- og omsorgsdepartementet: *Proposisjon til Odelstinget Nr 65 (2005–2006)*.

57 Bjørngaard JH, Hatling T. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001–2003. *SINTEF Helse Rapport nr. STF 78AO55001*.

58 Intervju *Aftenposten* 12.4.2016.

per. Pasienter som er underlagt tvang i det psykiske helsevernet, er utvilsomt en slik gruppe, og behovet for rettssikkerhet er stort.

Regjeringens forslag til endringer i psykisk helsevernloven vil innebære en langt større grad av selvbestemmelse for pasientene. Lovforslaget vil også innebære at⁵⁹:

Pasienter som er samtykkekompetente får rett til å avslutte behandling eller nekte å ta imot tilbud om behandling. Unntaket er ved alvorlig selvmordsfare eller alvorlig fare for andres liv og helse.

Pasienter får rett til å evaluere bruken av tvang i etterkant sammen med behandlere. Hans eller hennes syn skal alltid journalføres.

Hvis pasienten motsetter seg skjerming, skal det alltid fattes vedtak for skjermingen iverksettes. Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.

Den som er faglig ansvarlig får plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvangsbehandling.

Undersøkelsestiden før iverksetting av tvangsmedisinering forlenges fra tre til fem døgn.

Disse forslag er en oppfølging av anbefalingene fra Paulsrudutvalget (NOU 2011:9) som jeg har referert til tidligere i boken.

Som en konklusjon må vi si at vi alle er enige om at å berøve en persons frihet basert på et administrativt vedtak uten domstolsbehandling er en av de mest radikale krenkelser av personens sivile rettigheter. Men nedenstående tiltak vil kanskje også kunne bedre situasjonen for de som sliter med sin sosiale funksjonsevne.

Selv om vedkommende har rett til å bli informert om sin sak og rett til å uttale seg, og at nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken også har rett til å uttale seg, blir dette ofte satt til side til fordel for hurtig og effektiv behandling. Men som tidligere nevnt er pasienter som blir innlagt under tvang, ikke tilstrekkelig klar over sine juridiske rettigheter og sin juridiske posisjon. I noen land må man først ha en domstolsavgjørelse før tvangsinnleggelse kan skje. I flere land er det en dommer som etter råd fra en psykiater som avgjør tvangsinnleggelse eller ikke.

Menneskerettighetskonvensjonene som Norge har forpliktet seg til å følge, anbefaler også at tvangsinnleggelse kun kan skje etter en domstols-

59 Juristforbundet. Rettssikkerhetsgarantier i psykisk helsevern *Juristkontakt* 2016;8:24,25.

avgjørelse. Jeg mener at dette spørsmål er også et tema som bør tas opp og diskuteres.

I Norge har man valgt å la Kontrollkommisjonene utgjøre en «domstol» fordi den blir ledet av en jurist (helst med dommererfaring). Ett medlem skal være lege, men ikke krav om spesialkunnskap i psykiatri. Dette er en svakhet. Det kreves høy faglig kompetanse hos Kontrollkommisjonen hvis man skal overprøve den faglige ansvarliges skjønn. Ifølge Norges Juristforbunds prinsippprogram skal for å oppnå mest mulig rettssikkerhet, domstolene være uavhengige. Er Kontrollkommisjonene uavhengige? Man kan tvile på om Kontrollkommisjonen er tilstrekkelig villige til å sette til side en avgjørelse gjort av sine «egne» faglige ansvarlige. Kanskje på grunn av mangel på profesjonell ekspertise og mangel på uavhengighet. Dette problem ble tatt opp av Høyer i hans doktorgrad⁶⁰. Den lokale posisjon som Kontrollkommisjonene har, gjør det mulig for en nærhet til pasientene og den institusjon som de har ansvaret for. Denne nærhet kan være både en styrke og en svakhet. Nærheten øker Kontrollkommisjonens kunnskap og tilgjengelighet, men er samtidig en fare for at kommisjonen blir «stuevarm» og institusjonstro⁶¹. Det kan etableres lojalitetsforhold mellom kommisjonsmedlemmene og institusjonen og dens ledelse som gjør det vanskelig å se kritisk på de avgjørelser som er truffet. Kontrollkomiteens effektivitet kan bli for personavhengig. Rettssikkerheten vil være avhengig av evnen og viljen hos medlemmene til å prioritere og engasjere seg i kontrollen. Kontrollkommisjonens store arbeidsbyrde kombinert med deres mangel på kompetanse i å kunne overprøve den faglige ansvarliges oppfatning av pasientens mentale tilstand, begrenser Kontrollkommisjonens stilling som en «domstol».

Et spørsmål som Sivilombudsmannen⁶² ønsker å ta opp på eget tiltak er å se nærmere på kontrollkommisjonene, og den rollen de har som rettssikkerhetsorgan i det psykiske helsevern. Dette vil etter min mening være et meget godt tiltak.

Den beste løsning må være at vedtak om tvungen psykisk helsevern legges til et særlig domstolslignende forvaltningsorgan med regionale eller fylkesvise Kontrollkommisjoner med fast leder. Dette er også foreslått i Odeltingsproposisjon nr 11. Man vil da kunne motvirke innvendingen om Kontrollkommisjonens nærhet til institusjonen. Dette vil kunne gi en bedre og mer trygghende behandlingsform og skape større rettssikkerhet for pasientene. I prekære «hastesaker» kunne man jo ty til nødrettsparagrafen.

60 Høyer G. *Tvungen psykisk helsevern i Norge. rettssikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen*. [Akademisk avhandling] ISM skriftserie 10, Universitetet i Tromsø 1986.

61 Odeltingsproposisjon nr 11 (1998-99).

62 Juristforbundet. Rettssikkerhetsgarantier i psykisk helsevern. *Juristkontakt* 2016;8:24,25.

Tvangsinnleggelse skjer også uten at den tvangsinnlagte har adgang til jurist. En psykisk syk person kan føle seg nokså bortkommen og alene og ute av stand til å vite om sine juridiske rettigheter ved innleggelsen. Juristen (advokaten) vil etter samtale med pasienten og gjennomgang av dokumenter, kunne gi råd om vedkommendes rettslige situasjon og bistå i en eventuell klagesak. Dette er en selvfølge i en straffesak. Dette er også en sak som bør tas opp til diskusjon om å ha adgang til en jurist ved innleggelsen. Paulsrudutvalget tok dette opp som et forslag i sitt lovutvalg (NOU 2011:9). Forslaget var et tiltak for å styrke pasientenes rettssikkerhet i innleggelses-situasjonen. Det gir en rett for pasienten til å få bistand fra advokat når det blir vurdert om det skal fattes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Pasienten skal i slike tilfelle ha rett til advokatbistand på det offentliges bekostning uavhengig av vedkommendes økonomiske situasjon. Det samme gjelder ved klage til fylkesmann etter vedtak om tvangsbehandling. Men som tidligere nevnt ble dette ikke realitetsbehandlet.

Psykiatrisk behandling er for størstedelen basert på kliniske vurderinger. Målbare biologiske parametere eksisterer ikke. Det er lite empirisk tilgjengelig kunnskap om tvang i motsetning til frivillighet medvirker til bedring for pasientene. Det finnes noen studier, men disse er ikke av høy kvalitet. Vi trenger derfor flere og bedre studier for å få mer kunnskap om hvilken effekt tvangsbehandlingen har på bedring av pasienters psykiske helse. De studiene som fins, viser også motsatte resultater. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å kunne konkludere noe om bruk av behandlingskriteriet og bruk av tvang i det psykiske helsevesen uten kontrollerte randomiserte studier. Her er et stort område med mange spørsmål som vil ha stor nytte av videre studier.

Bakgrunnen for boken er, som nevnt i forordet, å utfordre til en konstruktiv debatt om å gi de som strever med psykiske problemer, muligheter for et bra liv, og at deres menneskerettigheter respekteres. Samtidig håper jeg boken gir økte kunnskaper om menneskerettighetene i det psykiske helsevern. Juristene må også trekkes sterkere inn i vurderingene om grunnlaget er til stede for tvangsinnleggelse. Dette kan ikke bare være psykiaternes domene.