



Likestillings- og
diskrimineringsombudet

Helsedirektoratet
samtykkeutvalget@helsedir.no

Dette brevet sendes kun per e-post.

Vår ref.:
23/321- 2- GHE

Deres ref.:

Dato:
02.03.2023

LDOs Innspill til ekspertutvalget om tvang

1. Mandat og oppsummering av LDOs innspill

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) viser til invitasjon fra ekspertutvalget om samtykkekompetanse 7. februar 2023 om å komme med skriftlig innspill til utvalgets arbeid.

LDOs mandat er blant annet å fremme reell likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder på grunn av blant annet funksjonsnedsettelse, og å føre tilsyn med at norsk rett og forvaltningspraksis samsvarer med forpliktelsene Norge har etter FNs konvensjon 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Vi merker oss de temaer som utvalget særlig ønsker å få belyst,¹ men at utvalget også gjerne tar imot andre innspill som er relevante for å belyse mandatet. Mandatet sier at utvalget skal «ut fra egne funn og eksisterende kunnskap vurdere og 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

¹ Det bes om erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget. Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten. Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret. Utfordringer knyttet til samfunnsvern. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet.

helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser, inkludert CRPD»

Med utgangspunkt i vårt tilsynsmandat for CRPD, vil LDO særlig komme med innspill som knytter seg til hvilke føringer CRPD gir for videreutvikling av lov og praksis. I lys av CRPD, norsk diskrimineringslovgivning, samt rettigheter etter helse- og omsorgslovgivningen har vi også noen innspill til spørsmålet utvalget stiller om hvordan god pasientbehandling kan ivaretas *innenfor* rammene av samtykkevilkåret.

Oppsummering av vårt budskap:

Utvalgets arbeid reiser vanskelige spørsmål i skjæringspunktet mellom jus og psykiatri på et felt hvor den juridiske og medisinske vurderingen av fakta ofte er usikker. Samtidig skal det fattes valg og treffes vedtak som kan få avgjørende betydning for enkelt menneskers liv. Det er ingen tvil om at den menneskerettslige utviklingen går i retning av økt vektlegging av selvbestemmelse og rettssikkerhet også for personer med mer psykososiale funksjonsnedsettelse, selv om det er noe usikkerhet knyttet til de mer eksakte rammene for tvang. Våre innspill er i korthet at

- Eventuelle lovendringer som kan påvirke pasientens rett til selvbestemmelse og høyeste oppnåelige helsestandard med sikte på å balansere dette mot antatte virkninger for samfunnsvernet, bør samordnes med prosessen som er i gang med å vurdere konsekvenser i norsk lovgivning av inkorporeringen av CRPD.
- CRPD artikkel 12.2 forplikter staten til å anerkjenne at også personer psykososiale funksjonsnedsettelse, har rettslig handleevne på lik linje med andre på alle livets områder - og skal ikke utsettes for begrensninger i sin selvbestemmelse basert på diskriminerende vilkår. CRPD artikkel 12.3 forplikter staten til å innføre system for beslutningsstøtte for at også personer med bla psykososial funksjonsnedsettelse skal kunne utøve sin rettslige handleevne, inkludert når det gjelder valg om å avstå eller motta helsehjelp.
- Evalueringen av samtykkevilkåret bør se hen til oppdraget gitt Helsedirektoratet i 2021 om å utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte kan sikres på helse – og omsorgsrettens område. Det bør særskilt vurderes om vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for tvang, vil kunne fungere bedre i kombinasjon med tilgang til

beslutningsstøtte. Dette bør også ses i sammenheng med den helhetlige gjennomgangen Justisdepartementet foretar av vergemålslovgivningen.

- CRPD artiklene 5 jf. 14 b) krever at regelverket om tvang må utformes på en måte som ikke i seg selv diskriminerer pga. funksjonsnedsettelse, og på en måte som er egnet til sikre en praksis som ikke skaper risiko for at personer på grunn av sin funksjonsnedsettelse utsettes for unødvendig eller uforholdsmessig bruk av tvang.
- CRPD artikkel 25 bokstav b) forplikter staten til å sikre også personer med psykososiale funksjonsnedsettelse får tilgang til behandlingen de trenger spesielt pga sin funksjonsnedsettelse, samt tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelse og artikkel 25 bokstav d) kreve at medisinsk personell gir personer med psykososiale funksjonsnedsettelse like god behandling som den som gis til andre, herunder at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke. Kunnskapsgrunnet for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har positiv behandlingseffekt er uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter. Samtidig er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler har en rekke bivirkninger som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible. En endring som eventuelt vil åpne for tvangsmedisinering av en samtykkekompetent person som ikke anses være til fare for seg selv eller andre, medfører risiko for diskriminering med stort skadepotensial.
- Tilleggsvilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang utenfor faretilfellene kan redusere risikoen for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang i strid med CRPD, fordi det er en rettslig standard som legger opp til og krever en mer avgrenset, konkret og funksjonsbasert tilnærming til spørsmålet av om tvang kan forsvares. Også hovedvilkåret for tvang i psykisk helsevern «alvorlig sinnslidelse» er en rettslig standard men det er en mer diagnosenær standard, dvs har nærmere tilknytning til diagnoser som ikke er utformet med sikte på å danne grunnlag for om tvang skal anvendes eller ikke. Se bla HR 2018 2204 A hvor det uttales at «lovgivers intensjon er at det skal **mer til** for å konstatere manglende samtykkekompetanse. Samtykkekompetansevurderingen ville ellers vært overflødig.»
- Høyesteretts tolkning i HR-2018 2204 A av vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for tvang utenfor faretilfellene, og Høyesteretts tolkning i HR 2020-1167 om rekkevidden av farevilkåret når det gjelder

fare for pasientens eget liv, tilsier at det fortsatt er vidt rom for bruk av tvang i psykisk helsevern for å ivareta behandlingsbehov.

- Høyesteretts konklusjon i HR 2018 2204 A om utskriving fra tvungent psykisk helsevern etter en helhetsvurdering, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 7. hvor lovgivers understrekning av pasientenes selvbestemmelse ble vektlagt, selv om pasienten ikke ble funnet samtykkekompetent, taler for at intensjonen med lovendringen i 2017 har betydning i praksis og styrker vektlegging av selvbestemmelse
- CRPD artikkel 8 b) forplikter staten til å bekjempe stereotypier og fordommer knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder psykososiale funksjonsnedsettelse. Vi anbefaler derfor at ekspertutvalget legger stor vekt på innspill fra bla Tvangsforsk om at «Forekomst av vold/voldskriminalitet har sammensatte årsaker. Blant disse kan ikke forekomst av psykisk lidelse utelukkes, men her synes for eksempel rusproblematikk å spille en vesentlig større rolle enn andre former for psykisk lidelse. Rusproblematikk berøres imidlertid ikke av samtykkekompetanse-begrepet... Om man ønsker å se psykisk helseverns rolle i samfunnsvernet fremstår blant annet sengekapasitet, behandlingskvalitet, utdanning/opplæring som mer sannsynlige bidragsfaktorer enn samtykkekompetanse.»²

Nedenfor utdyper vi våre innspill og begrunner disse nærmere.

2.Om CRPD som ramme for regelverk og praksis når det gjelder videreutvikling av regelverk om bruk av tvang

2.1 Utvikling av tvangsregelverket bør ses i sammenheng med spørsmål som skal vurderes av Ekspertutvalget for inkorporering av CRPD

Vi konsentrere oss om noen vurderinger når det gjelder hvilke rammer som CRPD setter for norsk tvangslovgivning, spesifikt med henblikk på betydningen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang – utenfor faretilfellene. Vi nevner likevel for oversiktens skyld at psykiatrifeltet aktualiserer en rekke menneskeretts forpliktelser, som er forankret både i Norsk grunnlov og menneskerettsloven. Vi viser kort til forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling jf. Grunnloven § 93 annet ledd og Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 3, vern mot vilkårlig frihetsberøvelse og rett

² https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-samtykkekompetanse/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf/_/attachment/inline/55048c17-39fe-4099-8481-5b5dab3106a4:6af51490ff83f1d01b8a00c3965a5e13bcdea62/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf

til rettsikkerhetsgarantier ved administrativ frihetsberøvelse jf. Grunnloven 94 og EMK artikkel 5, retten til privatliv jf. Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, forbud mot diskriminering jf. Grunnloven § 98 og EMK artikkel 14.³

CRPD ble vedtatt av FNs generalforsamling i 2006 og trådte i kraft i 2008. Norge har ved ratifikasjon av CRPD i 2013 forpliktet seg folkerettslig til å etterleve CRPD. Det følger av Grunnloven § 92 at myndighetene har en plikt til å håndheve menneskerettighetene på det nivået de er gjennomført i norsk rett. CRPD skal derfor vektlegges som en folkerettslig forpliktelse i tråd med presumpsjonsprinsippet. Det innebærer at mulig motstrid mellom norsk rett og folkerettslige forpliktelser skal søkes løst gjennom tolkning, ved at norsk rett tolkes i samsvar med folkerettslige krav, så langt dette lar seg gjøre gjennom forsvarlig rettskildebruk. I tillegg kommer at regjeringen har besluttet at den vil inkorporere CRPD i norsk lov, og et ekspertutvalg har fått i oppdrag å utrede dette (CRPD-utvalget). [Ekspertutvalget som skal utrede inkorporering av CRPD i norsk lov er klart - regjeringen.no](#)

Det fremgår uttrykkelig av CRPD-utvalgets mandat at det nettopp skal vurdere hvilke rammer CRPD setter når det gjelder lovgivning om bruk av tvang. Vi viser til følgende fra mandatet «... Utredningen skal omfatte en vurdering av hvordan inkorporasjon av CRPD vil kunne påvirke rettskildet bildet i situasjoner hvor det kan bli reist spørsmål om Norges tolkningserklæringer er i overensstemmelse med konvensjonen...» se [prm-81-22-vedlegg-mandat-for-utredning-om-inkorporering-av-crpd-i-norsk-lov.pdf \(regjeringen.no\)](#)»

Det er i mandatet også vist til at Norge ved ratifikasjon avga tolkningserklæringer om forståelsen av artikkel 12 (likhet for loven), 14 (frihet og personlig sikkerhet) og 25 (helse). Av tolkningserklæringene følger det at statens tolkning er at CRPD åpner for fratakelse av rettslig handleevne (tvungent vergemål) og for tvungen omsorg og behandling, herunder tvungent psykisk helsevern, der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt rettssikkerhetsgarantier.⁴

³ Når det gjelder en bredere oversikt over relevante menneskerettsforpliktelser og praksis etter EMD på området viser vi til NOU 2019: 14 kapittel 7.

⁴ Tolkningserklæringene klargjør det norske stats syn på hvordan de aktuelle bestemmelsene skal tolkes, men er ikke reservasjoner i folkerettslig forstand. Se mer om dette i rapport fra NIM [Ny rapport: Inkorporering av CRPD i norsk rett - Norges institusjon for menneskerettigheter \(nhri.no\)](#) kapittel 5 og tilsvarende syn i LDO [Retten til selvbestemmelse: fra vergemål til beslutningsstøtte \(ldo.no\)](#) kapittel 2 side 19.

Det vises også til at FN-komiteen for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen), som overvåker statenes gjennomføring av konvensjonen, har gitt uttrykk for en annen forståelse, og at «Spørsmålet om hvilken vekt CRPD-komiteens uttalelser har, er i dag rettslig uavklart».

I lys av at tolkningen av CRPD når det gjelder rammene for tvungen omsorg og behandling på enkelte punkter er omtvistet, og at det pågår en prosess med å vurdere disse spørsmålene grundig, blir det noe prematurt for oss å gå grundig inn på dette nå med den korte fristen som var satt for innspill. Vi vil imidlertid følge opp dette i møter og innspill til CRPD utvalget.

Vi vil nedenfor fremheve føringer fra CRPD som er relativt uomtvistet og som bør tillegges betydning i evalueringen av samtykkevilkåret. Videre vil vi kort si noe om de mest aktuelle spørsmålene knyttet til om og på hvilke vilkår norsk lov kan hjemle innskrenking i selvbestemmelse og bruk av tvang overfor funksjonshemmede. Disse mener vi det er nyttig for utvalget å kjenne til og hensynta for å unngå å fremme forslag som øker risikoen for at lov og praksis vil stride mot CRPD.

2.2 CRPD: tydeliggjør retten til selvbestemmelse og frihet og personlig sikkerhet for personer med psykososiale og kognitive funksjonsnedsettelse

Selv om det altså som nevnt ovenfor foreligger en rekke menneskerettsforpliktelser som har stor betydning for norsk lov og praksis når det gjelder bruk av tvang, er det ikke tvil om at CRPD er den menneskerettskonvensjonen som tydeligst og på mest vidtrekkende måte setter ramme for tvangslovgivningen ved å begrense handlingsrommet for tvangslovgivning som særskilt retter seg mot og rammer funksjonshemmede, herunder personer med psykososiale funksjonsnedsettelse.

CRPD gjenspeiler at menneskerettene er dynamiske og speiler samfunnets utvikling i synet på funksjonshemming. CRPD bygger derfor på at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal beholde sin rettslige handleevne og få den støtte de trenger for selv å kunne fatte beslutninger knyttet til blant annet valg av helsetjenester. CRPD gir mennesker med nedsatt funksjonsevne rett til autonomi og personlig frihet og sikkerhet på lik linje med andre.

Vurderes EMK (1950) i lys av CRPD (2006), blir det tydelig at det har skjedd en klar og utvetydig utvikling i retning av større vektlegging av autonomi, rett til

personlig frihet og sikkerhet, og ikke-diskriminering. Prinsippet om ikke-diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne gjennomsyrrer CRPD på en måte som gjør at selve utgangspunktet som EMK bygger på, nemlig særskilte hjemler for frihetsberøvelse for «sinnslidende», synes å være i utakt med CRPD.

Som følge av vårt tilsynsmandat har ombudet siden Norge ratifiserte CRPD i 2013 stilt spørsmål ved om psykisk helsevernloven åpner for diskriminerende tvang i utakt med CRPD?⁵ CRPD inneholder flere bestemmelser som staten må vurdere og ta hensyn til når vilkår for bruk av tvang i psykisk helsevern vurderes. Vi viser særlig til CRPD artikkel 5 om likhet og ikke-diskriminering, CRPD artikkel 12 om likhet for loven og rett til rettslig handleevne på alle livets områder, artikkel 14 om rett til frihet og personlig sikkerhet og CRPD artikkel 25 om helse.

Det er som nevnt ovenfor noe tvil og ulike syn knyttet til tolkningen av enkelte av disse bestemmelsene.⁶ Vi gir her oversikt over de bestemmelsene som er viktigst å se hen til i evaluering av samtykkevilkåret som vilkår for tvang.

2.3 Særlig om CRPD artikkel 12: forplikter staten til å respektere rettslig handleevne og sikre beslutningsstøtte

I norsk rett er spørsmålet om en person som skal underlegges vergemål og om det er hjemmel for å bruke tvang overfor en person etter psykisk helsevernloven to adskilte spørsmål, og det følger uttrykkelig av vergemålsloven § at 21 fjerde ledd en verge ikke kan samtykke til tvang på vegne av personen.

Imidlertid åpner psykisk helsevernloven som kjent for begrensninger i personens rettslige handleevne ved at den den faglig ansvarlige⁷ gis myndighet til å treffe vedtak om tvungen observasjon, tvungen psykisk helsevern eller tvungen behandling med medikamenter uten samtykke, hvilket innebærer at den rett som pasienten ellers har til å avslå eller motta helsehjelp settes til side.

Det betyr at hvilke vilkår som stilles for bruk av tvang innenfor psykisk helsevern må vurderes opp mot CRPD artikkel 12.2 som lyder:

CRPD artikkel 12

...2. Partene skal erkjenne at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder...

⁵ [crpd_report_sammendrag_pdf_ok.pdf \(ldo.no\)](#)

⁶ Bantekas mfl. (2018). Kommentar til CRPD art. 12, s. 353, NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, kapittel 13,

⁷ Psykisk helsevernloven § 3-3 a jf § 3-3

Hva rettslig handleevne konkret omfatter er det ingen internasjonal omforent definisjon av. Ordlyden i CRPD artikkel 12. 2 «på alle livets områder» tilsier imidlertid at CRPD artikkel 12 omfatter rettslig handleevne i spørsmål som gjelder alle typer beslutninger om eget liv, herunder spørsmål om å motta eller avslå helsehjelp.

Det vil føre for langt i dette innspillet å gå grundig inn på aktuelle diskusjoner om tolkning av CRPD artikkel 12.2. Ombudets vurdering av dette fremgår av LDO [Retten til selvbestemmelse : fra vergemål til beslutningsstøtte \(ldo.no\)](#) kapittel2. Vi viser også til NIMs rapport [Ny rapport: Inkorporering av CRPD i norsk rett - Norges institusjon for menneskerettigheter \(nhri.no\)](#) kapittel 3. Et uavklart spørsmål er om CRPD åpner for begrensninger i rettslige handleevne for funksjonshemmede, og eventuelt på hvilke vilkår.

Vi nevner i denne konteksten kun at i Generell kommentar nr. 1 (2014), para. 13 uttrykker CRPD-komiteen at «legal capacity og mental capacity» er ulike konsepter.⁸ Mental kapasitet viser til den enkeltes evne til å ta beslutninger, rettslig handleevne (legal capacity) viser til retten til å ha rettigheter og plikter å til å utøve disse. CRPD-komiteen fremhever at art. 12 gjør det klart at diskriminerende betegnelser, slik som manglende mental kapasitet, ikke er legitime grunner for å begrense rettslig handleevne. Det er verdt å merke seg at CRPD-komiteen avviser den funksjonsbaserte tilnærmingen fordi den anvendes diskriminerende overfor personer med funksjonsnedsettelse, og fordi denne tilnærmingen presumerer at det er mulig å beskrive presist de indre mekanismene i sinnet til en person, slik at når en person ikke anses å leve opp til noen gitte standarder for sinnets fungering, blir vedkommende nektet en grunnleggende menneskerettighet: rett til likhet for loven.

CRPD anerkjenner samtidig at personer med funksjonsnedsettelse kan trenge hjelp til å utøve sin rettslige handleevne/ selvbestemmelse, og forplikter staten til å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne tilgang til *den støtte* de kan trenge for å kunne utøve sin rettslige handleevne, herunder også støtte til å foreta valg om helsetjenester. CRPD art. 12 (3) er derfor avgjørende for å forstå hva som ligger i at personer med funksjonsnedsettelse skal ha lik rett til rettslig handleevne. Bekymring knyttet til at personer som tidligere var underlagt tvang ikke lenger fanges opp og får nødvendig hjelp, må ses i sammenheng med at

⁸ [General Comment No. 1 - Article 12: Equal recognition before the law \(Adopted 11 April 2014\) - Plain English version | OHCHR](#)

staten foreløpig ikke har utviklet systemer for beslutningsstøtte slik staten er forpliktet til etter CRPD artikkel 12.3, som lyder:

...«Partene skal treffe hensiktsmessige tiltak for å gi personer med nedsatt funksjonsevne *tilgang til den støtte de kan trenge for å kunne utøve sin rettslige handleevne*»(vår utheving).

Å utøve selvbestemmelse når det gjelder valg om egen helse og spørsmål om å avstå eller motta tjenester kan være krevende, særlig for personer som tidligere har vært underlagt tvang. Dette taler for at når selvbestemmelsen styrkes i lovgivningen og det blir mindre rom for tvang, blir systemer for støtte til å utøve selvbestemmelsen på forsvarlig måte desto viktigere.

Det faller utenfor rammene for dette innspillet å redegjøre nærmere for hva et beslutningssystem system for denne pasientgruppen vil bety. Vi viser til at LDO har skrevet en egen rapport som gjelder innholdet i CRPD artikkel 12 og gitt råd om etablering av beslutningssystem, se [Retten til selvbestemmelse: fra vergemål til beslutningsstøtte \(ldo.no\)](#).⁹ Hvordan et beslutningsstøttesystem tilpasset personer med psykososiale funksjonsnedsettelse med noe fluktuerende samtykkekompetanse bør utformes og tilpasses rettigheter i gjeldende helse -og omsorgslovgivningen må utredes nærmere.

Dersom personer med mer omfattende psykososiale funksjonsnedsettelse ble gitt tilgang til den støtte til selv å ta beslutninger som de etter CRPD artikkel 12.3 har krav på, ville dette i samvirke med tilgang til tilrettelagte frivillige tilbud redusere risikoen for at personer stadig blir dårligere uten at dette fanges opp av kommunale tjenester eller av spesialisthelsetjenesten.

Vi merker oss derfor med bekymring at det oppdraget som ble gitt Helsedirektoratet i 2021 ¹⁰om å utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte

⁹ Vår gjennomgang i rapporten nevnt ovenfor om Retten til selvbestemmelse: fra vergemål til beslutningsstøtte (ldo.no) gjelder alle mennesker med nedsatt funksjonsevne som kan ha behov for støtte til selv å utøve sin rettslige handleevne – uavhengig av diagnose. Våre intervjuer og undersøkelser bygger imidlertid på intervjuer med *kognitive funksjonsnedsettelse*.

¹⁰ [Statsbudsjett 2021 - kap. 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev \(regjeringen.no\)](#) Se s 28. der det står: Helsedirektoratet skal bistå i arbeidet med ny tvangsbegrensningslov, herunder komme med innspill til plan for arbeidet med implementering av loven. Helsedirektoratet skal i sammenheng med dette utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte kan utformes og iverksettes.

kan utformes og iverksettes, etter det vi har fått opplyst fra Helsedirektoratet er satt på vent.¹¹

Vi anbefaler derfor at oppdraget gitt Helsedirektoratet om å utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte kan utformes og iverksettes gis prioritet.¹² Ordninger for beslutningsstøtte bør vurderes og sees i sammenheng med de verktøy som allerede finnes for å styrke helsepersonells kompetanse når det gjelder å sikre blant annet rett til brukermedvirkning gjennom samvalg mm. Dette er særlig viktig fordi disse rettighetene skal virke sammen, selv om rett til beslutningsstøtte er noe annet og mer ved at den bidra til å styrke evne og rett til selvbestemmelse og pasientautonomi.

Vi viser i den sammenheng også til at CRPD-komiteen i sine konkluderende merknader til Norge til Norges om etterlevelsen av CRPD 7. mai 2019 anbefaler at Norge erstatter vergemål med systemer for beslutningsstøtte (para 20 b) og også oppfordrer til kapasitetsbygging av offentlig ansatte, herunder helsepersonell, for å bidra til å sikre retten til rettslig handleevne se para 20 e), se e CRPD/C/NOR/CO/1 [G1913256.pdf \(un.org\)](#).

2.4 CRPD artikkel 14: funksjonsnedsettelse kan ikke rettferdiggjøre frihetsberøvelse

Det følger av CRPD artikkel 14 følger at mennesker med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre:

- a) har rett til frihet og personlig sikkerhet,
- b) ikke skal berøves friheten på ulovlig eller vilkårlig måte, at enhver frihetsberøvelse skal skje på lovlig måte, *og at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse* (vår utheving).

Vilkåret i artikkel 14 om at eksistensen av en funksjonsnedsettelse ikke under noen omstendighet skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse, har imidlertid blitt gjenstand for noe ulike tolkninger.

Vi gir her kun oversikt over de spørsmålene som er mest aktuelle for evalueringen av samtykkevilkåret.

¹¹ E-post til LDO fra Helsedirektoratet 5. juli 2022 «Oppdrag som er knyttet til oppfølging av tvangsbegrensningsloven, herunder beslutningsstøtte er satt litt på vent i påvente av arbeidet til "ekspertutvalget om tvang"».

¹² Dette oppdraget bør dessuten også sees i sammenheng med den helhetlige gjennomgangen Justisdepartementet foretar av vergemålslovgivningen.

CRPD-komiteen legger til grunn at en persons funksjonsnedsettelse ikke kan inngå i begrunnelsen for frihetsberøvelse, selv om den brukes sammen med andre vilkår. Begrepet «in no case» forstås altså av komiteen som at funksjonsnedsettelse ikke på noen måte kan inngå i en begrunnelse for frihetsberøvelse.¹³ se CRPD-komiteens [GuidelinesOnArticle14.doc \(live.com\)](#) “...There are still practices in which States parties allow for the deprivation of liberty on the grounds of actual or perceived impairment. In this regard the Committee has established that article 14 does not permit any exceptions whereby persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment. However, legislation of several States parties, including mental health laws, still provide instances in which persons may be detained on the grounds of their actual or perceived impairment, provided there are other reasons for their detention, including that they are deemed dangerous to themselves or to others. This practice is incompatible with article 14 as interpreted by the jurisprudence of the CRPD committee. It is discriminatory in nature and amounts to arbitrary deprivation of liberty.”

CRPDs tolkningsuttalelser eller retningslinjer er som nevnt ovenfor ikke rettslig bindende.

Det fremgår av tolkningserklæringene til CRPD artikkel 14 og 25 at den norske stat tolker CRPD artikkelene 14 og 25 slik at den åpner for tvang, herunder for å behandle psykisk lidelse «der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt rettssikkerhetsgarantier, jf tolkningserklæringen avgitt til artikkel 14.¹⁴ Selv om det ikke fremgår direkte av tolkningserklæringen synes statens tolkning også å være at funksjonsnedsettelse kan være en del av begrunnelsen for frihetsberøvelse, såfremt frihetsberøvelsen anses nødvendig.¹

NIM legger i sin rapport også til grunn at CRPD artikkel 14 ikke inneholder noe absolutt forbud mot at funksjonsnedsettelse inngår i en begrunnelse for frihetsberøvelse, såfremt det ikke er den eneste grunnen for tvang eller

¹⁴ “Articles 14 and 25

Norway recognises that all persons with disabilities enjoy the right to liberty and security of person, and a right to respect for physical and mental integrity on an equal basis with others. Furthermore, Norway declares its understanding that the Convention allows for compulsory care or treatment of persons, including measures to treat mental illnesses, when circumstances render treatment of this kind necessary as a last resort, and the treatment is subject to legal safeguards”

frihetsberøvelse, men fremhever samtidig statens plikt til å sikre beslutningsstøtte som vil minske behovet for tvangstiltak og at alle former for tvang må være underlagt strenge vilkår og ikke-diskrimineringsgarantier, se pkt 8.2.

LDO mener at CRPD artikkel 14 tolket i lys av diskrimineringsforbudet i artikkel 5 og retten til støtte til å utøve rettslig handleevne på lik linje i CRPD artikkel 12, taler for at begrunnelsen for frihetsberøvelse bør være frikoplet fra funksjonsnedsettelse. Kombinert med tilgang til beslutningsstøtte er vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for tvang utenfor faretilfellene egnet til å styrke selvbestemmelse i lov og praksis i samsvar med CRPD.

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse bør ta hensyn til og legge stor vekt på at det er usikkerhet og ulike syn på om det ligger innenfor rammene for CRPD å bygge på funksjonsnedsettelse som begrunnelse for frihetsberøvelse og tvungen behandling. Særlig bør ekspertutvalget ta innover seg at vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for tvang utenfor fare tilfellene reduserer risikoen for at tvang i praksis brukes i tilfeller hvor dette ikke er nødvendig og forholdsmessig og dermed diskriminerende. Vi fremhever samtidig at å få på plass system for beslutningsstøtte på helse og omsorgsretten område er vesentlig for at intensjonen med vilkåret skal oppnås.

2.5 Særlig om CRPD artikkel 25 d) og tvangsmedisinering

Retten til tilgang til helsetjenester gjelder den behandling som trengs på grunn av den aktuelle funksjonsnedsettelsen, samt tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelse jf. CRPD artikkel 25 bokstav b). Av bokstav d) fremgår det 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.

Utgangspunktet og hovedregel også etter norsk rett jf. psykisk helsevernloven § 2-1 og pasient og brukerrettighetsloven § 4-1 er som kjent at helsehjelp skal være basert på samtykke.

Vernet mot fysisk og mental integritet har også ellers sterkt menneskerettslig vern både i Grunnloven, EMK og CRPD som omtalt ovenfor, og det er ikke omstridt at tvangsmedisinering er tiltak som utgjør alvorlige inngrep i dette vernet. Det er følgelig heller ikke omstridt at dette stiller krav om at tvungen

medikamentell behandling tilfredsstillende kravene til nødvendighet og forholdsmessighet.

I og med at tvangsmedisinering er et alvorlig inngrep i individets rettslige handleevne og personlige autonomi, er det avgjørende at kunnskapsgrunnlaget er solid, slik at en forsvarlig forholdsmessighetsvurdering kan gjøres.

Både LDO Sivilombudet og NIM har fremhevet at kunnskapsgrunnlaget om tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har positiv behandlingseffekt lenge har fremstått som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter. Samtidig er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler har en rekke bivirkninger som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.¹⁵

At tvangsmedisinering av samtykkekompetente personer som ikke er til fare for andre er særlig problematisk underbygges også av fagessay av Olav Nytingnes inntatt i Vol 59 nr. 6 2022.¹⁶

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning og behandling av personer med psykoselidelser ble utgitt i 2013, og Helsedirektoratet arbeider etter det vi er kjent med fortsatt med revisjon av kapittel om behandling med antipsykotiske legemidler.

I lys av det uklare og omstridte kunnskapsgrunnlaget¹⁷ for positiv effekt av antipsykotika og den godt dokumenterte risikoen for alvorlige bivirkninger, fremstår tilleggsvilkåret om manglende samtykkekompetanse særlig vesentlig når det gjelder vedtak om tvangsmedisinering utenfor faretilfellene.

Vi oppfordrer derfor utvalget til å undersøke effekten av vilkåret ekstra grundig akkurat for denne type tvang. Herunder bør det foretas en grundig gjennomgang av om statsforvalterne ved klage på behandling om tvangsmedisinering sikrer etterlevelse av lovens vilkår om at samtykkekompetansen pga psykiske forstyrrelser faller bort kun dersom personen «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

¹⁵ Se bla [LDO - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget](#) med videre henvisninger

¹⁶ Foredraget som er basert på ideer fra et foredrag for LDO på vårt seminar om tvangsbegrensingsloven 4. november 2019. I dette essayet underbygges at «antipsykotisk tvangsbehandling er en helt sentral kilde til misnøye med psykisk helsevern.

¹⁷ Se eks NOU 2019: 14 kapittel 10

Det er ellers verdt å merke seg for utvalget at CRPD-komiteen 7. mai 2019 i sine avsluttende merknader til Norge CRPD/C/NOR/CO/1 når det gjelder etterlevelse av CRPD artikkel 14 om frihet og personlig sikkerhet har anbefalt norske myndigheter at bruken av tvangsbehandlingstiltak, slik som tvangsmedisinering, overfor personer med ulike former for psykososiale eller kognitive funksjonsnedsettelse opphører, og at Norge styrker satsningen på frivillige tjenester og oppfølging i nærmiljøet.

Se para 24 b) hvor anbefaling til Norge er «End the use of coercive methods, such as restraints, isolation, segregation, involuntary treatment and other intrusive methods, for persons with intellectual or psychosocial disabilities, particularly those in detention and older persons, especially those with dementia and in nursing homes, by, inter alia, training staff, prioritizing community-based and peer-led support initiatives, and strengthening procedural guarantees and control (vår utheving)»¹⁸

2.5 Oppsummering om CRPD som ramme for utvikling av tvangsregelverk og vilkåret om mangel på samtykkekompetanse

Oppsummering og anbefaling

Selve essensen i CRPD er at personer med funksjonsnedsettelse ikke skal utsettes for diskriminering, men behandles på lik linje med andre. Selv om det er enkelte uavklarte tolknings spørsmål når det gjelder CRPD artikkelene 12 og 14 og 25 er det ikke tvil om at CRPD skjerper og tydeliggjør myndighetenes plikt til å respektere at også personer med ulike former for psykososiale funksjonsnedsettelse har rettslig handleevne og rett til selv å foreta valg i eget liv, herunder om å motta eller avslå helsetjenester. For spørsmålet om tvang i helsetjenesten, betyr det at tvang må kunne begrunnes på en måte som vil kunne gjelde på lik linje for alle.

At en person utgjør en konkret og nærliggende fare for andre vil være en slik begrunnelse. En tilnærming som omtales i juridisk teori er å lage et rettslig rammeverk som åpner for inngrep *utelukkende* basert på nødvendigheten av å avverge fare for liv og helse, fremfor å bygge på vurderinger av individets evne til å fatte beslutninger. Et slikt rammeverk vil kunne bygge på diskrimineringsrettens doktrine om nødvendighet og spesifisere hvilke terskler som må være overskredet for at det skal anses legitimt å gjøre inngrep i

¹⁸ [CRPD/C/NOR/CO/1: Committee on the Rights of Persons with Disabilities - Concluding observations on the initial report of Norway | OHCHR](#)

selvbestemmelse i nødsituasjoner for å avverge nærliggende og alvorlig skade på liv, helse og trygghet.

Dersom lovgivning skal åpne for tvang utover faretilfellene, må lovgivingen oppstille vilkår som er egnet til å sikre at tvangen kan begrunnes med at personen i en konkret situasjon, også etter å ha fått beslutningsstøtte, mangler forutsetninger for å ta valg, slik at det kan foreligge legitime grunner til forskjellbehandling. I tillegg må det oppstilles vilkår som er egnet til å sikre at praksis samsvarer også med diskrimineringsrettens krav om nødvendighet og forholdsmessighet.

Lovendringen i 2017 med innføring om krav om mangel på samtykkekompetanse som ekstra vilkår for tvang utenfor faretilfellene innebar en viss tilpasning til CRPD og diskrimineringsrettslige krav. Dette er fordi vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for tvang utenfor faretilfellene legger opp til en mer avgrenset, konkret og funksjonsbasert tilnærming til spørsmålet om tvang, sammenlignet med hovedvilkåret i psykisk helsevernloven «alvorlig sinnslidelse». Selv om så vel «samtykkekompetanse» som «alvorlige sinnslidelser», er rettslige standarder er «alvorlig sinnslidelse» mer diagnosebasert enn standarden «manglende samtykkekompetanse». Dette gjør at diagnose som sådan får mindre avgjørende betydning for spørsmålet om tvang. Kravet om at det må vurderes om personen mangler samtykkekompetanse - utenfor faretilfellene - før det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvunget vern med og uten døgn og før det treffes vedtak om tvungen behandling med legemidler (nevroleptika) er slik sett egnet til å redusere risiko for at det anvendes tvang i tilfeller hvor tvang i det enkelte tilfelle ikke kan anses saklig, nødvendig og forholdsmessig.

Med dette som utgangspunkt vil vi advare om at å oppheve vilkåret om manglende samtykkekompetanse for tvang utenfor fare tilfellene medfører økt risiko for praksis som ikke samsvarer med Norges forpliktelser etter CRPD.

3. Formål med endring i 2017: styrket respekt for samtykkekompetente pasienters selvbestemmelse og rettssikkerhet - utenfor faretilfellene

Formålet med lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017 om innføring av mangel på samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungen psykisk helsevern og behandling var blant annet å forebygge og begrense bruk av tvang jf. psykisk helsevernloven § 1-1 og å styrke pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet (Prop.147 L (2015-2016)).

Videre uttrykkes det i proposisjonen kapittel 6.2.4.1 (Prop.147 L (2015-2016), «Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)) også følgende: «Departementet vil imidlertid vise til at det i tilfeller der pasienten ikke utgjør en fare for andres liv eller helse, som utgangspunkt er vanskelig å legitimere tvungent vern og behandling overfor mennesker som har samtykkekompetanse. Selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, bør dette etter departementets syn ikke være tilstrekkelig.

Det legges til grunn at innføring av en kompetansebasert modell i praksis særlig vil få konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering. Slik behandling må anses som et særlig inngripende tiltak. Departementet antar at en kompetansebasert modell vil medføre mindre bruk av tvang i de tilfellene der tvangen vanskeligst lar seg forsvare etisk.

4. Er lovendringens formål oppnådd?

4.1 Begrenset kunnskap og erfaring

Tallmaterialet utviklet av Helsedirektoratet for 2019 og 2020 hva angår *tvangsinnleggelse* og bruk av *tvangsmidler* taler for at denne type tvang ikke har blitt redusert.¹⁹ Når det gjelder omfanget av *langvarig tvangsmedisinering* er LDO ikke kjent med sikre tall om utviklingen. Gitt at det er nettopp for denne type tvang, lovendringen skulle få en effekt og det også er denne type langvarig tvangsmedisinering hvor risikoen for bivirkninger er særlig stor, er det viktig å få god oversikt over utviklingen her. Ombudet har ikke nå hatt tid til å kontakte Helsedirektoratet for å etterspørre sikre tall hva angår utviklingen når det gjelder omfang av tvangsmedisinering, men har tidligere erfart at det har vært vanskelig å få sikre tall om dette. Vi forventer at å innhente og vurdere slike tall når det gjelder tvangsmedisinering vil stå sentralt for ekspertutvalget om tvang.

Med den korte tiden LDO har hatt til disposisjon for å spille inn til utvalget innen fristen, har vi heller ikke hatt anledning til å foreta egne undersøkelser blant de som har erfaringer med lovendringen.

¹⁹ Dette er oversiktlig fremstilt av Trond Hatling og Erlend Bugge Fagessay i Tidsskrift for norsk psykologforening vil 59 nr 6 2022 side 492 jf også også innspill fra Tvangsforsk https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-samtykkekompetanse/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf/_/attachment/inline/55048c17-39fe-4099-8481-5b5dab3106a4:6af51490ff83f1d01b8a00c3965a5e13bcedea62/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf.

De opplysninger vi viser til nedenfor, bygger derfor dels på Evaluering av erfaringer foretatt av Senter for medisinsk etikk UIO²⁰. Vi bygger også på opplysninger vi ellers har fått fra sivilsamfunn og tjenesteytere i ulike fora vi har deltatt i som ledd i vår undervisning om CRPD for ansatte og brukere av psykisk helsevern.

4.2 Lovendringen har virket om lag 5 år – 2 av disse årene er preget av korona tiltak

Før vi går nærmere inn på konkrete erfaringer vil vi først fremheve at blant tilbakemeldingene vi har fått er at det er for tidlig å si hvordan lovendringene vil virke over tid. Dette er særlig i sammenheng med at nær halvparten av den tiden som lovendringen har virket, har vært preget av en form for unntakstilstand og økt sosial isolasjon som følge av COVID 19 epidemien – som ikke minst har påvirket personer med psykososiale funksjonsnedsettelse. «Brukerrepresentanter» med erfaring fra psykisk helsevern formidler at det er grunn til å tro at dette har medført en kjedevirkning av økt psykisk uhelse og eskalering av psykiske problemer. Videre at det i denne perioden med nedstengning og økt trykk på helsetjenesten har vært ekstra vanskelig å fange opp og etablere frivillig tilpasset behandling for de med mest omfattende og sammensatte behov.

4.3 Evaluering fra Senter for medisinsk etikk – noen merknader LDO

Med dette som bakteppe mener vi at det er særlig relevant å se hen til de erfaringer Senter for medisinsk etikk rapporterer om i sin evaluering fra mars 2019. Vi ser grunn til å fremheve følgende fra pkt 5.1.1.1 til 5.1.1. 4 i evalueringen siden disse funnene har særlig betydning for det som er LDOs mandat; å føre tilsyn med CRPD og å hindre diskriminering og fremme likestilling.

- Alle informantgruppene som ble intervjuet mente at lovendringene har ført til økt rettssikkerhet og bedre mulighet for brukermedvirkning for pasienter innen psykisk helsetjenester. Spesielt personer med brukererfaring var opptatt av at lovendringene representerer et stort skritt i riktig retning mot å styrke brukers autonomi.
- Flere mente også at med dette hadde man gjort noe med diskrimineringen av en gruppe brukere i helsetjenesten, og at brukere av psykiske helsetjenester nå hadde blitt gitt samme mulighet og rett til å nekte å motta behandling som brukere innen resten av helsetjenesten.

²⁰ Evaluering av erfaringer med lovendringene om samtykkekompetanse m.m. i psykisk helsevern, Rapport på oppdrag av helsedirektoratet mars 2019.

- Både ansatte, brukere og pårørende fortalte at de hadde positive erfaringer med at vurderingen av samtykkekompetanse førte til lengre, grundigere og bedre samtaler enn tidligere...Det pedagogiske elementet innebar at vedkommende som ble vurdert fikk informasjon og opplæring og større mulighet til å medvirke i beslutninger rundt sin egen situasjon.... Flere av de ansatte fortalte at de hadde opplevd at en grundigere vurdering av samtykkekompetanse hadde ført til at de hadde blitt mer oppmerksomme på brukernes ressurser, pasientenes evne og mulighet til å samtykke og medvirke i beslutninger.
- Flere av de ansatte fortalte at de tolket lovendringene som et signal fra helsemyndighetene om at myndighetene ønsker en reduksjon i bruk av og at lovendringene var egnet for å nå dette målet.
- De fleste ansatte som ble intervjuet mente imidlertid at vurderingene rundt bruk av tvang var blitt mer tid- og ressurskrevende, og at de nye kravene (til uttak) førte til en omrokking av ressursbruk i helsetjenesten, som blant annet kunne gå utover muligheten til å snakke med pasientene. Andre vektla at lovendringene «tvang» de ansatte til å bruke mer tid på samtaler og brukermedvirkning. Mange ansatte syntes det var krevende å foreta de vurderingene som skulle gjøres og mente det var behov for forenkling av vedtaks kravene og opplæring i samtykkekompetansevurderinger.
- Spesielt ansatte på DPS mente at de hadde erfart at vedtak om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var blitt opphevet som en konsekvens av lovendringene.
- Flere mente også at tvungen observasjon har gått ned. Det ble sagt at dette er pasienter som tidligere var i grenseområdet for å fylle kriteriene for å bli tvangsinnlagt, og at etter lovendringene har terskelen for å kunne legge pasienter inn med tvang blitt hevet, blant annet fordi mangelen på samtykkekompetanse skal være «åpenbar» også ved tvungen observasjon.
- Videre sa flere at de trodde at tidligere så var en del av tvangsinnleggelse for dårlig begrunnet.

4.4 Særlig om bekymring for tidligere pasienter som tidligere var underlagt tvang uten døgn (TUD) - mangelfull sikring av rettigheter i kommunen og spesialisthelsetjenesten?

Vi ser også grunn til å kommentere det som omtales i evalueringen punkt 5.1.1.5 om bekymring blant enkelte ansatte for at noen brukere på TUD som på et tidspunkt vil kunne bli vurdert som samtykkekompetente når det gjelder spørsmålet om medisiner, vil kunne komme til å slutte med medisiner, og at det vil kunne ta lang tid før forverring blir fanget opp og pasienten får hjelp.

I lys av vårt mandat fremhever vi at denne bekymringen må ses sammenheng med de plikter stat og kommune fortsatt har overfor denne pasientgruppen. Selv om tvangsvedtaket oppheves, har både spesialisthelsetjenesten og kommunene fortsatt plikt til å tilby også denne gruppen pasienter/brukere nødvendig helsehjelp. Av gjeldende helse- og omsorgstjenestelovgivning følger en rekke forpliktelser overfor disse pasientene som, dersom de etterleves vil kunne styrke muligheten for at denne pasientgruppen får nødvendig oppfølging og hjelp selv om tvangsvedtaket er opphevet. Dersom de følgende forpliktelser fylles opp kunne man unngå risiko eller i hvert fall redusere risiko for at pasienter som følge av mer selvbestemmelse blir dårligere over tid uten at dette fanges opp: Rett til individuell plan jf. pasient og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-5, rett til pasient og brukermedvirkning pbrl. § 3-1 rett til informasjon tilpasset pasienten, pbrl § 3-2 jf § pbrl § 3-5. Videre har kommunen plikt etter likestillings- og diskrimineringsombudsloven § 20 til å tilby personer med funksjonsnedsettelse egnet individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre et likeverdig tilbud.

5.Særlig om bekymringer for økt risiko og farlighet – kunnskapsbasert tilnærming?

LDO har fått henvendelser fra personer med psykososiale funksjonsnedsettelse og sivilsamfunnsorganisasjoner som representerer disse, om at de føler seg stigmatisert på uberettiget grunnlag gjennom en rekke medieoppslag som stigmatiserer psykisk syke som farlige.

I disse medieoppslagene underspilles typisk at muligheten til å bruke tvang i psykisk helsevern når det foreligger fare er uendret,²¹ og den påståtte økningen i voldsepisoder begått av psykisk syke brukes som et argument for å reversere av samtykkekravet.

Videre publiserte Kripos før jul rapporten Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser som omhandler drap og drapsforsøk begått av alvorlig psykiske lidelser <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold/vold-begatt-av-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser2.pdf> .

²¹ https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-samtykkekompetanse/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf/_/attachment/inline/55048c17-39fe-4099-8481-5b5dab3106a4:6af51490ff83f1d01b8a00c3965a5e13bcedea62/Innspill%20fra%20TvangsForsk.pdf

Blant annet psykologforeningen stilt spørsmål ved Kripos bruk av tall se [Debatt: Kripos stigmatiserer psykiske lidelser - VG](#)

LDO fremhever at en offentlig og åpen debatt som oppstår om denne type saker både er legitim og viktig. Samtidig erkjenner Kripos selv at det kan skapes et feilaktig bilde av at de aller fleste med alvorlige psykiske lidelser er farlige, og at dette kan bidra til stigmatisering av personer med alvorlig psykisk sykdom

Personer med psykososial funksjonsnedsettelse²² er en gruppe som allerede opplever stor grad av marginalisering og stigmatisering, og også å være i risikozonen for illegitim maktbruk fra politiet og helsevesen. Det gjør det ekstra viktig tallmateriale presenteres på en presis og mest mulig nyansert måte.

Ombudet har ikke innenfor rammene av dette innspillet til ekspertutvalget noen forutsetninger for å gjøre seg opp egne vurderinger av tallmaterialet knyttet til om det er økt forekomst av vold blant personer med psykiske lidelser og om dette kan ha sammenheng med lovendringen i 2017.

Vi merker oss også følgende fra innspill fra Tvangsforsk²³ som gir grunn til å tvile på en slik sammenheng: «Etter lovendringen i 2017 har det ikke vært noen vesentlig endring i tallene for innleggelse på tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold – om noe er det en svak økning i tvangsbruken. Tallene gir altså ingen holdepunkter for at kravet om sviktende samtykkekompetanse i vesentlig grad har medført at terskelen for tvangsinnleggelse er høyere etter 2017. Antallet drap har ikke økt siden 2017, og vi har ingen pålitelige tall som viser økt voldsutøvelse fra personer med psykiske lidelser. Tallene gir altså ikke støtte for en påstand om at manglende samtykke har hatt negative konsekvenser for samfunnsvernet. Basert på kunnskapen vi har om sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og vold er dette ikke overraskende; kun en mindre andel av alvorlige voldshendelser og drap blir begått av alvorlig psykiske syke, og andelen synes i liten grad å være påvirket av lovverk.

Og videre...Forekomst av vold/voldskriminalitet har sammensatte årsaker. Blant disse kan ikke forekomst av psykisk lidelse utelukkes, men her synes for eksempel rusproblematikk å spille en vesentlig større rolle enn andre former for

²² LDO bruker begrepet psykososial funksjonsnedsettelse i tråd med menneskerettslig terminologi i stedet for alvorlig psykisk sykdom

²³ [Innspill fra TvangsForsk.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

psykisk lidelse. Rusproblematikk berøres imidlertid ikke av samtykkekompetanse-begrepet, og det er generelt vanskelig å se hvordan samtykkekompetanse kan være en virkningsfull faktor i arbeidet med å verne samfunnets borgere mot voldskriminalitet.»

LDO anbefaler og forventer på bakgrunn av at antatt voldsøkning brukes som argument for å reversere vilkåret om mangel på samtykkekompetanse, at ekspertutvalget går grundig inn på de aktuelle tallene om voldsføremst, for å klargjøre om det foreligger en økning og hva dette eventuelt kan skyldes.

Vi fremhever også i den sammenheng at det er liten tvil om at innskrenking av hjemler for tvang i spesialisthelsetjenesten krever økt behov for samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tilbud. Dersom det går lang tid før forverring hos enkelte pasienter nå fanges opp slik at de kan få hjelp, så må dette bøtes på ved å styrke tilgang på frivillig helse tilbud og oppfølging fra såvel kommunalt nivå som spesialist helsetjenesten.

Ombudet har også skrevet om behov for styrking av kommunale tilbud i vårt høringsinnspill i runde 2 til tvangslovutvalgets forslag, se [Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget - regjeringen.no](#) se særlig pkt 3. Videre viser vi til rapporten «Bruk av tvang innen psykisk helsevern - erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte, utarbeidet av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. [P2104819_Tvangsrapport_2021.indd \(erfaringskompetanse.no\)](#). Her vises det til at tilstrekkelige kommunale tilbud tilpasset personens egne behov er et av de tiltakene som ville være mest effektivt for å forebygge bruk av tvang. Dette rapporteres fra såvel personer med erfaring fra selv har blitt utsatt for tvang og fra pårørende med erfaring med tvang.

Til slutt om dette gjentar vi det Tvangsforsk skriver i sitt innspill «Om man ønsker å se psykisk helseverns rolle i samfunnsvernet fremstår blant annet sengekapasitet, behandlingskvalitet, utdanning/opplæring som mer sannsynlige bidragsfaktorer enn samtykkekompetanse».

6. Bekymring for at vanskeligere å hjelpe noen grupper - fortsatt vide hjemler for tvang

Vi legger til grunn at Høyesteretts tolkning av innholdet i vilkåret om manglende samtykkekompetanse for tvang utenfor fare til fellene er godt kjent for ekspertutvalget.

Vi fremhever her derfor kun at da Høyesterett i HR-2018 2204 A behandlet et krav om utskriving fra tvungent psykisk helsevern som gikk ut på tvangsmedisinering en gang i måneden med depotmedisin for en kvinne som ikke var ansett å være til fare for andre eller seg selv, la Høyesterett til grunn at vilkår om manglende samtykkekompetanse for videreføring av tvang var oppfylt. Høyesterett baserte seg bla på at behandlingsansvarlige overlege som mente at den aktuelle kvinnelige pasienten ikke hadde en reell innsikt i sin situasjon eller forståelse for følgene av å avslutte behandling. Selv om Høyesterett leser lovendringen i 2017 som en oppfordring til helsepersonell om i sterkere grad enn før å forsøke å få til frivillig behandling, oppstiller Høyesterett altså en relativt høy terskel for å anses samtykkekompetent og dermed en tilsvarende vidt rom for tvang også utenfor faretilfellene.

Vi viser til Premiss 63 hvor Høyesterett sier at: «Det avgjørende må derfor være i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse. Det gjelder uavhengig av om vedkommende er i en aktiv sykdomsfase, eller om symptomene er avbleket på grunn av medisiner.»

Videre viser vi til høyesterettsdom HR 2020-1167 A. Her legger Høyesteretts flertall til grunn at unntaket fra kravet om mangel på samtykkekompetanse når det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv» skal tolkes slik at det omfatter enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig, ikke kun selvmordsfare. I dette tilfellet var faren for pasientens liv forårsaket av alvorlig spiseforstyrrelse.

Vi fremhever disse to dommene fordi de viser at det fortsatt, også etter lovendringen i 2017 med innføring av vilkåret om mangel på samtykkekompetanse for at tvang utenfor faretilfellene, er stort handlingsrom for helsevesenet til å anvende tvang i de tilfeller hvor dette anses nødvendig for å sikre en persons liv og helse.

Vennlig hilsen
May Schwartz
avdelingsleder

Guri Hestflått Gabrielsen
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.

Vedlegg: