

Til fare eller ikke

Lovkravene til tvangsinnleggelse er redusert ved fare for andres liv og helse, og fører til en menneske rettslig problematisk forskjells behandling av pasienter i psykisk helsevern.

TEKST

Kent Jensen

PUBLISERT 27. mai 2022

Med endringene i psykisk helsevernloven i 2017 innførte man krav til manglende samtykkekompetanse for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Å inneha samtykkekompetanse betyr at man skal kunne motta og forstå informasjon om sin egen tilstand, anerkjenne og resonnere med denne informasjonen og på dette grunnlaget uttrykke valg. Har man samtykkekompetanse, kan man også nekte å motta anbefalt behandling.

Kravet til manglende samtykkekompetanse gjelder ikke dersom personen anses til fare for eget liv eller andres liv og helse. Det vil si at det såkalte *farevilkåret* er oppfylt. Lovendringen har allerede medført økt bruk av farevilkåret, fra 20 % av alle tvangsinnleggelse i 2016 til 25 % i 2018 (Bremnes & Skui, 2019). Økningen kan ha to mulige forklaringer – en reell økning i voldsrisiko, eller en tidligere underrapportering.

Formålet bak lovendringen var å redusere bruk av tvang overfor pasienter som anses i stand til selv å se konsekvensene av å nekte behandling. Innføringen av samtykkekompetanse var også et nødvendig første skritt i retning av å tilpasse det norske lovverket til FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (Regjeringen, 2021), som også omfatter mennesker med kroniske psykiske lidelser.

Innføring av kravet om manglende samtykkekompetanse har sannsynligvis påvirket forløpene for tvangsinnleggelse. Alvorlig psykisk sykdom utvikles som regel gradvis, og symptomer på psykose eller mani er ofte uttalte på det tidspunktet pasienten åpenbart er uten samtykkekompetanse. Dette har medført at enkelte har blitt innlagt senere i sykdomsforløpet, mens andre har blitt skrevet ut fra sykehuset på et tidligere tidspunkt enn det som før var vanlig. Det finnes enkeltteksempler på at for tidlig utskrivelse som var begrunnet i gjenvunnet samtykkekompetanse, har resultert i alvorlig vold kort tid etter utskrivelse (Helsetilsynet, 2020). I dette konkrete eksempelet pekte Helsetilsynet blant annet på manglende voldsrisikovurderinger som svikt i helsehjelpen.

Psykisk helsevernloven stiller altså mindre strenge krav til å bruke tvang overfor personer som vurderes til fare for seg selv eller andre. Dette er en villet forskjellsbehandling som fører til en gruppeinndeling mellom personer der man har vurdert at det er fare til stede, og personer der man mener fare ikke er til stede. Tvangsbegrensingsloven som ble foreslått i 2019, legger opp til å øke denne forskjellsbehandlingen ved å gjøre det vanskeligere å bruke tvang, unntatt der det foreligger *fare for andre*.

Vurderinger av farevilkåret kan derfor få store konsekvenser for videre behandling – tvang eller ikke?

Farevilkårsvurderingene blir et veivalg bestemt av behandlende psykiater eller psykologspesialist som fører med seg et stort ansvar for å velge rett.

Vurdering av farevilkåret i klinisk praksis

Farevilkåret er sammensatt av fare for eget liv og andres liv og helse. Fare for eget liv handler som regel om selvmordsrisiko.

Kartlegging av selvmordsrisiko bør gjøres etter nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008a). Basert på kartleggingen av statistiske risikofaktorer, tidligere historikk og aktuell situasjon skal det gjøres en *risikokategorisering* i lav, moderat eller høy risiko. Proporsjonale tiltak skal så tas avhengig av bedømt risikokategori.

Fare for *andres liv og helse* har stor spennvidde i alvorlighet. Vilkåret kan være oppfylt ved alt fra grove verbale trusler til risiko for at personen dreper en annen person. Her regner jeg drap som ytterste konsekvens av fysisk vold. Alvorlige psykiske lidelser som eneste risikofaktor gir kun en liten økt risiko for vold (Nederlof et al., 2013). Dersom personen i tillegg har rusmisbruk, øker risikoen for vold betydelig (Witt et al., 2013). Tidligere voldshistorikk er likevel viktigste risikofaktor for fremtidig vold.

«Tvangsinnleggelse begrunnet i farevilkåret er 740 ganger høyere enn antall drap i utilregnelig tilstand»

Klinikernes vurdering av voldsrisiko må selvfølgelig baseres på skjønn, hvor både den aktuelle psykiatriske tilstanden, tidligere voldshistorikk og annen relevant informasjon inngår. Oppfordringen er å bruke et strukturert verktøy, men det er uklart hvor stor andel av vurderingene som er basert på dette. De vanligste verktøyene for kartlegging av voldsrisiko er det kortfattede V-risk 10 (SIFER, u.å.) og HCR-20 (SIFER, u.å.), som er mer omfattende. HCR-20 krever opplæring og er mest aktuelt å bruke først etter en innledende positiv screening for alvorlig vold.

Farevilkåret er vanskelig å vurdere. Det er en sekkebetegnelse som rommer svært ulike typer fare i varierende alvorlighetsgrad. Faren skal også være *nærliggende*, som betyr at faren skal ha nær sammenheng med den psykiske lidelsen og ikke nødvendigvis være nært forestående i tid. Det største antallet løpende farevurderinger i psykisk helsevern gjøres antagelig innen akuttpsykiatrien, og det er usikkert om alle klinikere har fått tilstrekkelig opplæring i å gjennomføre farevurderinger.

Tvilsom livredning

Det er interessant å se nærmere på hvordan de mest alvorlige utfallene, tap av liv, står seg opp mot bruk av tvangsinnleggelse der farevilkåret var oppfylt.

For drap er det kun de sakene der gjerningspersonen ble funnet å være utilregnelig, som er relevante, ikke om det forelå psykisk lidelse. Dette er fordi utilregnelighet – som regel knyttet til en psykotisk fungering i gjerningsøyeblikket – kunne ha kvalifisert for alvorlig sinnslidelse og dermed muliggjort tvangsinnleggelse som et beskyttende tiltak.

I 2018 ble farevilkåret vurdert som oppfylt for 25 %, dvs. for rundt 2000 tvangsinnleggelse.

Antallet selvmord i 2018 var 674 (NSSF, u.å.). En metaanalyse fant at 26 % hadde vært i kontakt med psykisk helsevern siste år før selvmordet (Walby et al., 2018). For 2018 kan vi altså estimere at 175 av de 674 som endte sitt liv, var i kontakt med psykisk helsevern forut. Dette sett opp mot de 151 000 personene som mottok behandling dette året (Helsedirektoratet, 2008b).

Antallet drapssaker i 2018 var 25 (Politiet.no, 2020), hvorav gjerningspersonen i fem av sakene ble funnet utilregnelig. For drap begått av utilregnelig gjerningsperson fant Olsen-utvalget at 54 % hadde vært til behandling og 19 % hadde vært innlagt det siste året før drapet skjedde (Politiet, 2020).

Antall tvangsinnleggelse begrunnet i farevilkåret er altså 11 ganger høyere enn antall selvmord og 740 ganger høyere enn antall drap i utilregnelig tilstand, der personen forut hadde hatt kontakt med psykisk helsevern.

«For de fleste tilfeller vil et oppfylt farevilkår innebære at en viss risiko er til stede, men at sannsynligheten for alvorlig vold er lav»

Dette er riktignok estimerte og deskriptive tall og sier ikke noe sikkert om årsakssammenhenger. Hvor mange selvmord og drap som *ikke skjedde* på grunn av disse 2000 tvangsinnleggelsene, vites ikke og kan neppe beregnes godt.

Hva betyr det så at farevilkåret er oppfylt? For de fleste tilfeller vil dette innebære at en viss risiko er til stede, men at sannsynligheten for alvorlig vold er lav.

Alt tap av liv er selvfølgelig en tragedie. Selvmord er likevel hendelser med lav forekomst i samfunnet. Drap begått av utilregnelige med alvorlige sinnslidelser forekommer vesentlig sjeldnere enn dette igjen. Evnen til å forutsi på individnivå avhenger både av nøyaktighet av risikovurderinger og hvor ofte hendelsen forekommer. Derfor er det enklere å forutse vold i et lukket miljø, som for eksempel i en sengpost i psykisk helsevern der forekomsten er høy, enn ute i samfunnet der forekomsten er relativt lav. Se *The predictive value of risk categorization in schizophrenia* (Large et al., 2011) for en innføring i disse sammenhengene.

Bruk av tvang kan på den annen side ha sterk negativ effekt for den som utsettes for det – en større studie fant nylig en sammenheng mellom opplevd tvang og forhøyet risiko for selvmordsforsøk etter utskrivelse (Jordan et al., 2020). Bruk av tvangsinnleggelse for å beskytte personens eget liv har derfor tvilsom effekt på gruppenivå.

Samtykkekompetanse

Å inneha samtykkekompetanse betyr at man skal kunne motta og forstå informasjon om sin egen tilstand, anerkjenne og resonere med denne informasjonen og på dette grunnlaget uttrykke valg. Har man samtykkekompetanse, kan man også nekte å motta anbefalt behandling.

Fremtidens psykiske helsevern

Det stilles stadig strengere krav til å anvende tvang innen psykisk helsevern. Tvangsbegrensningslovens forslag går flere steg videre i denne retningen. Her stilles det flere nye vilkår for tvangsbruk, men der vilkårene er oppfylt, er det stort sett mulig å benytte de samme tvangsvirkemidlene som etter dagens lovverk. Ingen kjenner fremtiden, men slik utviklingen ser ut til å

gå, lever bruk av tvang innen psykisk helsevern på lånt tid. FNs spesialrapportør for menneskerettigheter til personer med funksjonsnedsettelse og CRPD-komiteen anbefaler at all bruk av tvang innen psykisk helsevern forbyes (FN, 2020). Europarådet fremla i 2019 en resolusjon som oppfordrer alle medlemsland til å starte en overgang mot et tvangs-fritt psykisk helsevern (Europarådet, 2019). Den tyske psykiateren Martin Zinkler har i artikkelformat presentert hvordan et psykisk helsevern uten tvang kan se ut; ved fare for eget liv skal man ikke kunne stoppes i handlinger, inkludert de farlige, om disse er i tråd med vedkommendes vilje og preferanser. Tilbakehold på sykehus kan kun vare i en kort periode for å avklare dette (Zinkler & von Peter, 2019). Tvangsbegrensningslovens forslag er noenlunde tilsvarende; en person som er til fare for eget liv, men *beslutningskompetent*, kan ikke tvangsinnlegges, og derfor ikke stoppes i sitt ønske om å ta sitt liv. Ved fare for andre mener Zinkler at alle må være like for loven, uavhengig av psykisk funksjonsnedsettelse eller ikke. Kriminelle handlinger må følgelig dømmes likt, men personer som oppfattes å være psykisk syke, må få grundig informasjon om hvilke helsetjenester som kan tilbys. Ingen skal kunne dømmes til tvangsinnleggelse eller -behandling, og alle står fritt til å velge å ta imot helsehjelp om de ønsker det. Dette skiller seg sterkt fra tvangsbegrensningslovens forslag (beholde dagens lovverk ved fare for andre) og straffelovens mulighet til å dømme utilregnelige til tvungent psykisk helsevern.

Et fremtidig todelt system

Når man velger å definere en gruppe til å ha oppfylt farevilkår etter definisjonen i psykisk helsevernloven, risikerer man en nærmest vilkårlig forskjellsbehandling sett opp mot reell risiko for tap av liv. Denne forskjellsbehandlingen utgjør to ulike regelsett for tvang. I tillegg vil vurderingene variere over tid, som medfører at mange pasienter vil forflytte seg mellom disse to ulike regelsettene.

Tvangsbegrensningsloven trekker opp et skille ved beslutningskompetansen. Er den intakt, kan ikke personen holdes tilbake på tvang ved fare for eget liv. Ved fare for andres liv og helse er det ikke mulig å skille ut fra beslutningskompetansen, fordi behovet for samfunnsvern er uavhengig av hva pasienten ønsker. Det er da naturlig å spørre om det er helsevesenets oppgave å forebygge alvorlig kriminalitet, eller om det er en oppgave som bør ligge hos justissektoren. Erichsen og Gitlesens dissens til tvangsbegrensningsloven sier noe om akkurat dette: «I den grad en slik utredning vil vise behov for tvangstiltak, så bør tvangstiltak innen helse- og omsorgsfeltet løftes ut av helse- og omsorgssektoren og behandles av andre sektorer.»

Fremtiden kan tvinge frem et todelt system – et psykisk helsevern helt uten tvang og ivaretagelse av dem til fare for andre under kriminalomsorgen. Et slikt system fordrer en innsnevring av definisjonen av fare og en bedre måte å vurdere fare på. Skal dette ansvaret tilfalle justissektoren, vil fare måtte vurderes i en domstol. Da risikerer i så fall rettsvesenet å forhåndsdømme i strid med grunnleggende rettsprinsipper, men på linje med det helsevesenet forventes å gjøre den dag i dag.

Det er definitivt både fordeler og ulemper med en slik todeling – men jeg mener det er på tide å diskutere dette som et alternativ.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 506-509

TEKST

Kent Jensen

KONTAKT: Kent.Jensen@unn.no

+ Vis referanser

Bremnes, R. & Skui, H. (2019). Tvang i psykisk helsevern (IS-2888). Helsedirektoratet.

Europarådet (2019). Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038&lang=en>

FN (2020). Visit to Norway. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. <https://www.tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2020/09/Report-of-the-Special-Rapporteur-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-Norway.pdf>

Helsedirektoratet (2008a). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511). Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2008b). Aktivitetsdata for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-2819). Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2020). Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse.

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/2020/svikt_helsehjelp_akuttinnleggelse_psykotisk_pasient_2020.pdf

Jordan, J. T. & McNeil, D. E. (2020). Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 180-188. <https://doi.org/10.1111/sltb.12560>

Large, M. M., Ryan, C. J., Singh, S. P., Paton, M. B., & Nielssen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1), 25-33. <https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549770>

Nederlof, A. F., Muris, P. & Hovens, J. E. (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.018>

NOU 2010: 3. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Helse -og omsorgsdepartementet.

NSSF (u.å.). Fakta om selvmord. NSSF.no. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/nssf_fakta-om-selvmord_web.pdf

Politiet (2020). Nasjonal drapsoversikt 2020. Politiet.no. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/drapsoversikt-2020-.pdf>

Regjeringen (2021, 13. oktober). FN-konvensjonen om rettar til menneske med nedsett funksjonsevne. Regjeringa.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-mangfold/likestilling-og-inkludering/konvensjoner/fn-konvensjonen-om-rettar-til-menneske-med-nedsett-funksjonsevne-crpd/id2426271/>

SIFER (u.å.). V-RISK-10. Sifer.no. <https://sifer.no/verktoy/v-risk-10/>

SIFER (u.å.). HCR-20v3. Sifer.no. <https://sifer.no/verktoy/hcr-20v3/Tvangsforsk> (u.å.). Svikt i helsehjelpen ved akuttinnleggelse av psykotisk pasient. Tvangsforsk. <https://tvangsforskning.no/portfolio/svikt-i-helsehjelpen-ved-akuttinnleggelse-av-psykotisk-pasient/>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Service*, 69(7), 751-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>

Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>

Zinkler, M., & von Peter, S. (2019). End coercion in mental health services—toward a system based on support only. *Laws*, 8(3), 19. <https://doi.org/10.3390/laws8030019>