

Høringsinnspill Prop. 31 L (2024-2025)
Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)

Borgerrettsstiftelsen Stopp Diskrimineringen har som formål å bekjempe alle former for diskriminering av funksjonshemmede. Vårt spesialfelt er sivile og politiske menneskerettigheter.

Stopp Diskrimineringen avga høringsuttalelse til Samtykkeutvalgets utredning: ***Bedre beslutninger, bedre behandling***, ***NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven***, alene og fra en sammenslutning av arbeidstaker- og interesseorganisasjoner. Videre har vi deltatt l samtlige høringer knyttet til inkorporering og oppfyllelse av CRPD siden 2008, sist ***NOU 2023:29 Abort i Norge***.
Vi deltok aktivt i utarbeidelsen av Norges første alternative rapport om CRPD i 2019, (en rapport som 125 organisasjoner står bak). Den alternative rapporten til CRPD-komiteen viste at et samlet sivilt samfunn går mot tvang i medisinsk behandling.

Stopp Diskrimineringen mener:

- **CRPD må inkorporeres i menneskerettsloven**
- **Tolkningserklæringene må trekkes**
- **Tvang er i strid med menneskerettighetene**
- **Vilkår om «fritt og informert» samtykke må defineres og tas inn i lovteksten**
- **Et premiss om manglende beslutningskompetanse kan ikke legitimere tvang**
- **Beviskravet til beslutningskompetanse må ikke senkes**
- **Krav om å vise motstand truer rettsikkerheten betraktelig**
- **Norge må avskaffe all bruk av ECT som en del av behandlingen i psykiatrien**

Nedenfor tar vi utgangspunkt i det menneskerettslige grunnlaget som Norge er forpliktet av.

1) Tvang i medisinsk behandling er i strid med menneskerettighetene

From a human rights perspective, coercive practices in mental health care contradict international human rights law, including the CRPD.

Sitat fra **Verdens helseorganisasjon, WHO** og **OHCHR (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights)** veileder 2023:
Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice

Borgerrettsstiftelsen - STOPP DISKRIMINERINGEN
- Org.nr. 985 208 786
Postboks 2474 Strømsø 3003 Drammen – Tlf.: 90196325
<post@stopdisk.no – <www.stopdisk.no

https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation

I tillegg til denne veilederen (se lengre sitat i Vedlegg l) har det kommet en rekke uttalelser og anbefalinger fra ulike internasjonale menneskerettsorganer, både i FN og Europarådet de siste 15 årene, som alle har til felles at budskapet samsvarer med CRPD-komiteens tolkning og anbefalinger. Vi vil trekke frem flere av disse nedenfor (se kildeliste i vedlegg 2).

På denne bakgrunn er det svært bekymringsfullt at regjeringen i Prop. 31 L synes å være mer opptatt av å forsvare tolkningserklæringen som Norge, som kun ett av 4 land, avga til art 14 og 25, og fortsetter å så tvil rundt CRPD-komiteens tolkning av CRPD, enn å erkjenne og anerkjenne at CRPD-komiteens tolkning av artikkel 14, 15 og 25 støttes av stadig flere menneskerettsorganer.
Faktisk finner vi ingen av disse dokumentene vist til i lovproposisjonen.

Vi vil minne om at Norge allerede under forhandlingene frontet et syn som ikke vant frem når det gjaldt art 12 og 14, og at det fremgår av ***Prop.106 S (2011-2012 Ratifisering***, at Norge er klar over at CRPD-komiteen har støtte på øverste nivå i FN, jf. s. 16:
«FNs høykommissær for menneskerettigheter og FNs spesialrapportør mot tortur har også i enkelte uttalelser gitt uttrykk for at tvangsinnleggelse og tvangsbehandling kan være i strid med konvensjonen.»…
«Andre stater som har ratifisert konvensjonen, støtter ikke de mer vidtgående rettsoppfatninger som har vært gjort gjeldende av FNs høykommissær for menneskerettigheter og FNs spesialrapportør mot tortur.»
(NB: kun 14 og 4 stater leverte tolkningserklæringer til hhv art 12 og 14)

Vi minner videre om at menneskerettigheter er barn av sin tid, og at synet på funksjonshemmede i særdeleshet, har endret seg betraktelig siden EMK kom i 1950. Dette er også erkjent av CoE, jf. ***CoE Report Doc 15983 (8 mai 2024) Ending the detention of "socially maladjusted" persons.***

Kjernekonvensjoner som CEDAW og CRPD gir ikke nye menneskerettigheter, men er blitt til som følge av behov for å tolke og tydeliggjøre hvordan universelle menneskerettigheter skal innfris i hhv et kvinne- og et funksjonshemningsperspektiv.

Prop. 31 L viser hovedsakelig til konvensjoner og veiledere som reflekterer et foreldet syn på funksjonshemmede og våre rettigheter.
Et eksempel på dette er at det vises til ØSK komiteens GC 14 fra 2000 til artikkel 12, men ikke ØSK-komiteens kritikk og anbefalinger til Norge fra 2013 og 2020:

ØSK komiteen oppfordret Norge til å avskaffe bruk av inngripende og irreversible tvangsmidler som ECT og nevroleptika.
Vi siterer fra Øsk-komiteens CO til Norge i 2013:
«*19. The Committee is concerned about the high frequency of compulsory treatment and confinement within the mental-health system of persons with psychosocial disabilities, and the inadequate legal framework regulating the application of coercive treatment (art. 12).*

It also recommends that the State party incorporate into the law the abolition of the use of restraint and the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as neuroleptic drugs and electroconvulsive therapy."

Videre har både FNs høykommissær for menneskerettigheter (OHCHR), siden 2009 og flere spesialrapportører (tortur, helse, funksjonshemmede) kommet med en rekke svært tydelige uttalelser mot bruk av tvang generelt og irreversible behandlingsmetoder spesielt.

Vi siterer fra FNs spesialrapportør på Tortur i 2013:
"*States should impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mind-altering drugs, for both long- and short- term application*"

Norge har gjentatte ganger fått kritikk fra andre internasjonale overvåkingsorganer enn CRPD-komiteen for lovgivning og praksis knyttet til bruk av tvang, herunder ulike irreversible tvangsmidler som nevroleptika og ECT. I tillegg til ØSK-komiteen kan nevnes Europarådets Høykommissær for menneskerettigheter i 2015 og FNs spesialrapportør på funksjonshemmedes rettigheter i 2019.

Dersom tvang skal legitimeres, må dette forankres i utelukkende *objektive* forhold og kriterier som er forutsigbare.

Vi etterlyser en avklaring av hvordan «fritt og informert» samtykke skal forstås.
For oss ser det ut til at det kun er de positive konsekvensene av å få helsehjelp, og de negative av å ikke få helsehjelp som vektlegges.
Dersom man skal sikre at samtykke faktisk er fritt og informert, må informasjonen pasienten får, også omfatte usikkerhet omkring, og potensielt negative konsekvenser av behandlingsmetodene.
Dette gjelder alle pasienter, og bør derfor tas inn i lovteksten.
For at å sikre mot at vurderingen av en persons beslutningskompetanse kun baseres på om hen er enig med systemet, må dette presiseres i forarbeidene. Det hjelper lite å skifte ut begrep, dersom innholdet forblir det samme, dvs. kun et spørsmål om å samtykke.

Tvang kan aldri skape tillit og fremme et mål om å gi forsvarlig helsehjelp av høyeste kvalitet. Som WHO og OHCHR m.fl. har slått fast, er helsehjelp av høyeste kvalitet helt uforenlig med bruk av tvang.
Lovens premiss, nedfelt i formålsparagrafen, om å fremme riktig bruk av tvang samtidig som man skal fremme tillit mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten, bygger på helt gale forutsetninger basert på fordomsfulle og diskriminerende tradisjonstunge oppfatninger.

Som vi kommer tilbake til nedenfor, må man gjøre seg fortjent til tillit.
Lovens formål lar seg ikke realisere, siden det er umulig å oppnå og eller skape tillit i en situasjon hvor maktforholdet er så skjevt, at den ene part kan iverksette tvangstiltak overfor den andre. Dette avises også av WHO i deres opplæringsopplegg Quality Rights, se kildeliste nederst.

2) Bruk av ECT uten fritt og informert samtykke må ikke lovfestes

Stopp Diskrimineringen viser til at det er stor enighet internasjonalt om at ECT med tvang strider mot grunnleggende menneskerettigheter, og kan ikke legitimeres med hensyn til helsehjelp.

I CRPD-utvalgets rapport påpekes det flere steder at norsk lovgivning verken oppfyller krav til rettssikkerhetsgarantier i CRPD eller i Norges tolkningserklæringer:
«*dagens ordning, hvor vilkårene for ECT ikke er lovregulert utover den generelle nødrettsbestemmelsen, og heller ikke ledsaget av spesifikke rettssikkerhetsgarantier, kan det ikke anses å være forenlig med konvensjonen*.»

Til dette vil vi presisere at det vil aldri kunne gis rettssikkerhetsgarantier ved bruk av ECT. ECT kan påføre pasienten traumer og skader på kroppen som ikke kan reverseres. Som WHO og OHCHR påpeker finnes det ikke et vitenskapelig grunnlag for påstander om at ECT er nødvendig. Tvangslovutvalget påpeker det samme.

Desto mer alvorlig, inngripende og risikabelt et virkemiddel er, jo strengere må kravet til kunnskapsgrunnlaget og kravet til å sikre et fullstendig fritt og informert samtykke være. Vi kan ikke tenke oss en mer skremmende og traumatisk opplevelse, enn å bli utsatt for ECT, uten at man vet hva som skjer med en, og ev. hvorfor man har blitt påført skade.

Manglende oversikt over bruk bør bekymre Stortinget jf. s. 45:
«Tallene for bruk av ECT i Norge er usikre, både for ECT med grunnlag i samtykke og ECT med grunnlag i nødrett. Det er variasjoner knyttet til omfang og hvilke pasientgrupper som får behandling ved de ulike sykehusene. Teknisk utstyr, rutiner og formell kompetanse knyttet til administrering av ECT varierer antakelig også.»

Dette er en sterk innrømmelse, og vitner om at norske myndigheter ikke tar egne tolkningserklæringer på alvor. Både SO og flere FN komiteer har uttrykt bekymring for både praksisen og svake kontrollsystemer, kf. NOU 2019:14, kap. 7 (se 7.2.4, 7.2.5, 7.2.6).
Vi minner om at Norge i 2019 forsikret CRPD-komiteen om det motsatte i sitt svar til List of Issues, LOI: (Dokumentet kan leses her:
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FNOR%2FQ%2F1%2FAdd.1&Lang=en)

“83. There is a need for further assessment of the regulation of use of electroconvulsive therapy (ECT) without the patient’s consent. This is part of the terms of reference of the legislative committee appointed to review the regulation of coercion in Norwegian legislation. Pending possible regulatory amendments, it was deemed necessary to strengthen supervision of non-consensual use of ECT. The Directorate of Health has asked all Norwegian supervisory commissions to monitor and register all use of ECT on grounds of necessity in mental health care.”

Som Prop. 31 L viser, er dette ikke fulgt opp nå 6 år etter.
Det blir ikke mindre bekymringsfullt av at det nyetablerte nasjonale kvalitetsregisteret for ECT, først på sikt vil «kunne gi mer presis informasjon».

Vi ber komiteen merke seg alle de potensielle skadevirkningene ECT har, som i Norges svar omtales som «uønskede hendelser):
«84. Norway has a national system for reporting undesirable incidents in specialised health services.
85. A total of 33 reports in the period 1 July 2012–8 March 2018 dealt with undesirable incidents in connection with ECT. Sixteen of the reports concerned women and 11 concerned men. Six reports did not specify gender.
86. The reports concerned undesirable incidents at different stages of the administration of ECT. During ECT, the most frequent incidents were dental damage, medication errors, and incorrect voltage. After ECT, falls, ventricular fibrillation and unusual lethargy were most common. Despite the few incidents reported, we see that there may be potential for improvement in administering ECT."

Det er på høy tid at Norge avskaffer bruk av ECT, slik WHO og OHCHR anbefaler.

3) Manglende beslutningskompetanse kan ikke legitimere tvang

Et utgangspunkt om at noen ikke har beslutningskompetanse, og dermed kan underlegges tvang, er helt klart i strid med menneskerettighetene.
Ingen borgere skal måtte *kvalifisere* for å få oppfylt sine mest grunnleggende menneskerettigheter: rett til frihet fra tvang.

Hovedproblemet med å knytte rett til frihet fra tvang til vilkåret «manglende beslutningskompetanse» (eller samtykkekompetanse), er at denne typen kompetanse forstås som en *ferdighet* en person besitter eller ikke besitter som følge av at man har en psykiatrisk diagnose (selv om diagnosen er tatt ut av lovteksten).
Med andre ord gjøres dette til et spørsmål om kvalifisering.

Det er svært bekymringsfullt at både tvangslovgivningen og flere andre lover som innskrenker funksjonshemmedes selvbestemmelse, f.eks. ny abortlov, nå tar i bruk vilkåret som en kvalifikasjon ut fra en slik forståelse.

Det man overser er at evnen til å ta gode beslutninger er situasjonsbestemt, ikke en statisk egenskap eller ferdighet. Ikke minst avhenger evnen av omverdenens evne og vilje til å bistå og tilrettelegge for god kommunikasjon, skape trygghet og tillit. Tillit er noe man må gjøre seg fortjent til.

Vi savner en erkjennelse av at dette gjelder for personer som befinner seg i særlig vanskelige situasjoner i like stor, eller endog større grad enn folk flest. Mange psykiatriske pasienter har dessuten en velbegrunnet frykt for å si imot systemet, jf. behovet for lovfesting av krav om fritt og informert samtykke over.

Følgelig er også premisset om å «*motsette*» seg, meningsløst i denne sammenheng.
Når man overser at pasientens erfaringer tilsier at det å vise motstand, får negative konsekvenser i form av tvang, vitner det om enormt stor avstand mellom beslutningstakeres og premissleverandørs oppfatning av psykiatrien, og den virkeligheten psykiatriske pasienter rent faktisk står i og erfarer.

Menneskerettigheter er til for å beskytte den enkelte mot overgrep og maktmisbruk fra statens side. I dette ligger det et stort ansvar på staten for å gjenkjenne og identifisere situasjoner der personer kan være særlig utsatt.

Det er ingen tvil om at et krav om motstand for å unngå tvang, utgjør en risikosituasjon.

Det er velkjent at personer kan havne i en såkalt f*rystilstand* der de er «ute av stand til å motsette seg handlingen» på grunn av sterk frykt.
Som straffelovrådet påpeker i ***NOU 2023:21 Strafferettslig vern av den seksuelle selvbestemmelsesretten*** må lovgivningen ta dette i betraktning og gi vern, jf. s. 183:
«*Reglene og praktiseringen av dem bør derfor bygge på kunnskap om at manglende eller utsatt respons på et seksuelt overgrep kan skyldes at fornærmede er «ute av stand til å motsette seg handlingen» på grunn av sterk frykt*.»
Det vises så til at sterk frykt omfattes av vilkåret «*ute av stand til å motsette seg handlingen*» i straffeloven § 291 b) i kap. 26 seksuallovbrudd.

Vi merker oss at Tvangslovutvalget viser til *frysreaksjon* hos traumatiserte barn, men vi finner ikke noen fornuftig grunn til å foreta et slikt skille mellom traumatiserte barn og voksne. Dette kan bare skyldes at utvalget ikke har snakket med ekspertene, dvs. de som faktisk har slike erfaringer blant voksne.

4) Tilgang på beslutningsstøtte og alternative behandlingstilbud

Dersom Norge skal oppfylle sine menneskerettslige forpliktelser, må lovgivningen ta utgangspunkt i at alle har rett på *tilbud om beslutningsstøtte og tilbud om gode frivillige behandlingsalternativer* som ikke innebærer tvang på noen måte.

Vi vil henlede oppmerksomheten på at Statens Helsetilsyn i sitt høringssvar har påpekt at:
«*det er viktig med økt personale, nye og bedre bygninger og økt omfang av tilrettelagte tjenester og tiltak i kommunen. Statens helsetilsyn er også opptatt av at det utarbeides nasjonale veiledere og retningslinjer for kompetansevurderinger*.»

Vi vil be om at Stortinget i en merknad understreker behovet for å utrede beslutningsstøtte i tråd med CRPD umiddelbart. Det kan ikke settes på vent.
Vi vil også be om at Stortinget i en merknad understreker at det er presserende at nedleggelse av medikamentfrie alternativer stopper umiddelbart, og at det isteden bygges ut flere tilbud rundt i landet.

Forøvrig viser vi til høringsinnspill fra LDO og WSO.

Vedlegg 1
Verdens helseorganisasjon, WHO og OHCHR (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) 2023
Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice

https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation

1.5.5 Respecting legal capacity and informed consent, and eliminating the use of coercion
The CRPD sets obligations on States Parties to revisit their mental health systems to end all forms of coercion and to develop non-coercive responses that respect the rights of service users. This implies rethinking the role of legislation – from a focus on restrictions of rights to the provision of support to guarantee them. An important aspect of this endeavour, in line with the support paradigm of the CRPD, is to respect and promote people's autonomy. Respect for legal capacity and free and informed consent, without discrimination, must be at the centre of all reform efforts. Being able to make decisions is instrumental to a person in taking control over their life and choices, and thus for recovery and inclusion. In line with Article 12 of the CRPD, States Parties have an obligation to repeal legal provisions that authorize substitute decision-making and make supported decision-making available for persons with mental health conditions and psychosocial disabilities or, in general, for any adult who may want access to support for exercising their legal capacity.

Boks 2 s. 13:
The case against coercion
Coercion is contested legally, ethically and from a clinical point of view.

From a human rights perspective, coercive practices in mental health care contradict international human rights law, including the CRPD. They conflict with the right to equal recognition before the law, and protection under the law, through the denial of the individual's legal capacity. Coercive practices violate a person's right to liberty and security, which is a fundamental human right. They also contradict the right to free and informed consent and, more generally, the right to health.

Coercion can inflict severe pain and suffering on a person, and have long-lasting physical and mental health consequences which can impede recovery and lead to substantial trauma and even death. Moreover, the right to independent living and inclusion in the community is violated when coercive practices result in institutionalization or any other form of marginalization (101).

Coercive practices in mental health care violate the right to be protected from torture or cruel, inhumane and degrading treatment, which is a non-derogable right (102). In 2013, the UN Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman and degrading treatment or punishment (103) called on countries to impose a total ban on all forced and non-consensual medical interventions, including the involuntary administration of psychosurgery, electroconvulsive therapy, "mind-altering drugs", and the use of restraints and solitary confinement (104). More recently, the UN Special Rapporteur stressed that purportedly "benevolent" purposes, such as "medical necessity", "re-education", "spiritual healing", or "conversion therapy", do not vindicate coercive or discriminatory practices and may amount to torture (105). There is an immediate international obligation

to end these practices.

Many experts have noted that compulsory treatment powers are ineffective in their own terms (84). There is limited evidence to support the success of coercion in reducing the risk of self-harm, facilitating access to treatment, or protecting the public (106–108). Predicting self-harm or the risk of harming others is both extremely difficult and ethically questionable (109, 110). Although mental health conditions are associated with both suicidal ideation and attempt, there is little evidence that risk assessment tools and coercive mental health treatment prevent suicide (111, 112).

Vedlegg 2
Kildeliste uttalelser/anbefalinger om avskaffelse av tvang:

FN

UN CO (Concluding Observations)
ØSK-komiteen CO 2013
E/C.12/NOR/CO/5
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FNOR%2FCO%2F5&Lang=en
ØSK-komiteen 2020
E/C.12/NOR/CO/6
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FNOR%2FCO%2F6&Lang=en

FN HRC Rapporter/Resolusjoner mm.
2009 A/HRC/10/48 Kap 5
https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/a.hrc.10.48.pdf
2016 A/HRC/RES/32/18
https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/156/38/PDF/G1615638.pdf?OpenElement
2017 A/HRC/RES/36/13
https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/295/00/PDF/G1729500.pdf?OpenElement
2020 A/HRC/RES/43/13
https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/159/02/PDF/G2015902.pdf?OpenElement
HRC HCHR AnRep 2017
https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/32/PDF/G1702132.pdf?OpenElement
2023 A/HRC/RES/52/12
https://digitallibrary.un.org/record/4013136?v=pdf

2021 WHO – Quality Rights
"***Guidance on community mental health services: promoting person centred and rights based approaches",***
10. Juni 2021
https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services

2023 WHO and OHCHR
Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice
Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice | OHCHR
https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation

Council of Europe

2015 CoE HC 2015 art 14/25
Report by Nils Muižnieks, Commissioner for Human Rights of the CoE, Visit to Norway 2015
https://search.coe.int/commissioner/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016806db77a

CoE Parliament Res.2291(2019)
CoE Parliamentary Assembly Resolution 2291 (2019)
Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach
https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038

CoE Report Doc 15983 (8 mai 2024)
Ending the detention of "socially maladjusted" persons. Rapport til Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, CoE Parlamentary Assembley
https://pace.coe.int/en/files/33531/html#_TOC_d57e146

FN Spesialrapportører

FN Spesialrapportør på tortur 2013
22nd session of the Human Rights Council Agenda Item 3
http://psychrights.org/Countries/UN/130304SpecialTortureRapporteurStatement.pdf

FN Spesialrapportører på helse og på funksjonshemmedes rettigheter 2015

"Dignity must prevail" – An appeal to do away with non-consensual psychiatric treatment World Mental Health Day – Saturday 10 October 2015
https://www.ohchr.org/en/press-releases/2015/10/dignity-must-prevail-appeal-do-away-non-consensual-psychiatric-treatment?LangID=E&NewsID=16583

FN Spesialrapportør helse 2017
Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
A/HRC/35/21 - 2017
https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement